Les Enquêtes sur les Décès d'Enfants et la Collecte de Données sur la Mortalité Juvénile au Canada

Jan Christianson-Wood
Jane Lothian Murray

103-03002/

LES ENQUÊTES SUR LES DÉCÈS D'ENFANTS et LA COLLECTE DE DONNÉES SUR LA MORTALITÉ JUVÉNILE AU CANADA

Jan Christianson-Wood, MSW, RSW Jane Lothian Murray, MA
Editrice française : Ginette Abraham, MSW

1999

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les nombreuses personnes contactées par les auteurs de la présente étude pour leur générosité. Leur bienveillante collaboration a été grandement appréciée, ainsi que leur disposition à partager tous les renseignements sur leur travail en matière d'enquêtes sur les décès d'enfants au Canada.

Une aide financière pour la réalisation de cet ouvrage a été reçue de :

Division de la violence envers les enfants, Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada

Les auteurs tiennent aussi à remercier les membres du comité consultatif du Projet d'analyse de la mortalité juvénile pour leurs conseils experts, leur aide et leur grains de sagesse qui ont contribué à notre réflexion sur la façon de mieux comprendre et de prévenir les décès d'enfants causés par les mauvais traitements.

À notre chef de projet à Santé Canada, Sharon Bartholomew, nous exprimons nos sincères remerciements et notre reconnaissance pour ses connaissances, ses bons conseils et sa patience infinie.

Sincères remerciements à notre adjointe de recherche Nina Thiessen pour son aide précieuse et sa volonté de se lancer sans hésitation dans l'exploration de l'inconnu.

Remerciements chaleureux à notre éditrice française, Ginette Abraham, MSW, des Services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, pour son expertise dans les pratiques d'aide à l'enfance, ses compétences de traductrice, sa révision technique de la version finale du rapport, et surtout, pour son habileté à titre de communicatrice.

TABLE DES MATIÈRES

I RÉSUMÉ 4

II INTRODUCTION 5

Le problème 5

Le projet 5

III VUE D'ENSEMBLE DE LA RECHERCHE SUR LES DÉCÈS D'ENFANTS CAUSÉS PAR LES MAUVAIS TRAITEMENTS AU CANADA 6

Les données canadiennes et la recherche faite au Canada sur la mortalité juvénile 6

Statistiques sur les blessures et recherche sur la prévention des blessures 10

Recherche sur la prévention des blessures 12

Recherche sur les décès d'enfants aux États-Unis 12

IV LE PROJET D'ANALYSE DE LA MORTALITÉ JUVÉNILE 14

Méthodologie de la recherche 14

Limites des données 15

V CONSTATIONS ET DISCUSSION 15

Systèmes de gestion des données 15

Collecte des données 21

Les enquêtes sur les décès d'enfants et les organismes d'examens existants au Canada 23

VI CONCLUSIONS 50

RÉSUMÉ

À l'heure actuelle, il n'existe aucune statistique canadienne complète sur l'incidence des décès d'enfants attribuables aux mauvais traitement et à la négligence. En faisant de la recherche sur la mortalité juvénile causée par les diverses formes de violence envers les enfants, il est devenu évident que la définition est à la fois un facteur critique du succès et un obstacle, en l'état actuel des choses, qui empêchent de recenser de façon précise tous les décès d'enfants causés par les mauvais traitements au Canada. Les efforts déployés aux États-Unis se sont butés sur des obstacles semblables, car dans 50 États, on compte les fatalités de façon suffisamment différente pour qu'il soit difficile d'établir des données nationales.

Au Canada, les douze coroners en chef et médecins légistes en chef se réunissent chaque année pour se pencher sur ces questions et d'autres encore qui sont soulevées dans le cadre de leur travail. Les douze directeurs de l'aide à l'enfance au Canada se rencontrent aussi régulièrement pour discuter de questions d'intérêts communs. Les intercesseurs pour enfants provinciaux au Canada ont aussi des contacts réguliers pour discuter de questions de politiques et de pratiques. Ces systèmes, plus l'existence d'une organisation nationale des chefs de police, offrent l'espoir que les Canadiens puissent unir leurs efforts pour obtenir un décompte exact du nombre d'enfants canadiens qui meurent chaque année à la suite d'actes ou d'omissions de la part d'adultes responsables de leur bien-être. Le présent travail de recherche vise à favoriser une meilleure compréhension de la façon dont on comptabilise les décès d'enfants au Canada et dont on fait enquête à ce sujet. Cela exigeait en partie de comprendre quels renseignements sont recueillis par la police, les coroners en chef et les médecins légistes en chef, les intercesseurs pour enfants et les services d'aide à l'enfance au niveau provincial ou territorial. Nous avons choisi d'utiliser la méthode du sondage par choix raisonné pour obtenir un « image transversale » de la façon dont on traite les dossiers de décès d'enfants dans les diverses régions du pays. Un questionnaire a été envoyé et, par la suite, des entrevues avec les informateurs-clés ont été prévues afin d'obtenir de plus amples détails sur les processus suivis dans les dossiers de décès d'enfants.

Il a été décidé de s'attarder plus particulièrement à l'utilisation et à la composition d'équipes d'examen des décès d'enfants au Canada. Ces « équipes » existent depuis vingt ans aux États-Unis et se sont révélées tellement utiles pour éviter tout malentendu sur la mort d'un enfant maltraité que leur utilisation s'est répandue au Canada et ailleurs. À l'heure actuelle, il existe huit équipes de ce genre au Canada, chacune ayant ses caractéristiques propres afin d'harmoniser mieux avec la législation, la population et les besoins de chaque province ou territoire. La plus ancienne de ces équipes date de seulement six ans et deux des huit ont été constituées en 1998. Une étude de ces équipes, notamment de leur composition et de leur fonction, a été incluse dans le plan de recherche.

L'absence de définitions communes s'est révélée un obstacle aux efforts pour obtenir des renseignements sur les décès d'enfants attribuables à la négligence. Dans certaines administrations, on juge l'expression trop péjorative pour l'utiliser. D'autres recueillent des renseignements sur les cas de négligence, mais les limites des bases de données rendent difficile de récupérer l'information une fois qu'elle est consignée dans un dossier. À quelques exceptions près, les systèmes examinés recueillent et catégorise de nombreux renseignements précieux sur les décès d'enfants, mais des obstacles techniques comme les différences de structures entre les bases de données rendent difficile sinon impossible de comparer les renseignements. Le plus grand espoir réside dans l'utilisation « d'éléments d'information extractibles » qui seraient définis et décrits selon des normes convenues afin de permettre la collecte de données sur les décès d'enfants à l'échelle nationale. À quelques exceptions près, les intervenants étaient tout à fait disposés à le faire – et même ces exceptions étaient plutôt attribuables à la rareté des ressources qu'à la croyance qu'il ne servirait à rien de faire de la recherche sur les décès d'enfants causés par les mauvais traitements..

II INTRODUCTION

Le problème

■ **La mort d'un enfant, d'une cause évitable, est un événement tragique. Quand cette cause est la négligence ou les mauvais traitements, le public s'attend à ce que des efforts soient déployés pour réduire le nombre de tels décès. Les organismes de services gouvernementaux et d'application de la loi subissent souvent de fortes pressions visant à réduire le nombre des fatalités dues au mauvais traitement des enfants. Les efforts de prévention exigent toutefois de bien comprendre d'abord l'ampleur et la complexité du problème.**

Il n'existe aucune statistique canadienne complète sur la fréquence des décès d'enfants causés par les mauvais traitements et la négligence. C'est en partie la prise de conscience de l'absence de telles données qui a entraîné la création en 1994 d'un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur l'information en matière de services d'aide à l'enfance et à la famille. Il est possible d'obtenir des renseignements assez précis sur le nombre d'enfants qui meurent à cause de sévices physiques, y compris la cause du décès et le lien de parenté entre le perpétrateur et l'enfant, si le décès est classé comme un homicide. Il n'existe toutefois aucune statistique nationale sur les décès d'enfants attribuables à la négligence. (Karen Rogers, Centre canadien de la statistique juridique, communication personnelle, le 19 juin 1995). On croit que les efforts visant à prévenir les décès d'enfants causés par les mauvais traitements sont en partie affaiblis par l'absence d'uniformité dans les systèmes de classification des mauvais traitements des enfants, qui fait obstacle au partage de l'information entre les provinces et les territoires. En l'absence d'un système de classification uniforme et national, applicable à toutes les provinces et territoires, il est impossible de comparer les données et de faire une analyse précise de la situation à l'échelle nationale. À l'heure actuelle, les données recueillies et compilées pour classer les décès d'enfants varient en raison de l'absence de normes nationales applicables aux enquêtes sur les décès d'enfants.

Le projet

En quoi consiste le projet d'analyse de la mortalité infantile?

Les pratiques actuelles de collecte de données sur les décès d'enfants au Canada peuvent empêcher de consigner en tant que tel les décès d'enfants attribuables aux mauvais traitements. La Division de la violence envers les enfants du Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfance de Santé Canada a financé la présente recherche pour s'adresser sur ce problème. Le projet d'analyse de la mortalité juvénile comprend trois parties. Dans la première, on examine les procédures, techniques et pratiques existantes en matière de collecte de données utilisées par les divers professionnels qui interviennent dans les cas de décès d'enfants (en mettant l'accent sur les cas où la présence de violence contre l'enfant est soupçonnée ou prouvée). L'étape suivante consistera à effectuer une analyse comparative de ces pratiques. En se fondant sur les résultats de ces deux premières parties du projet, la troisième activité consistera à élaborer (à l'intention de Santé Canada) des recommandations relatives aux équipes multidisciplinaires d'examen des décès d'enfants et à la collecte des données sur la mortalité juvénile.

Quels sont les buts et les objectifs du projet?

Les buts du projet sont :

- contribuer à une meilleure compréhension de la façon dont sont recueillies les données relatives aux décès d'enfants;
- mettre au point un modèle pour contribuer à enrichir les interventions multidisciplinaires dans les cas de décès d'enfants.

Les objectifs du projet sont :

- examiner comment les décès d'enfants sont classés au Canada;
- documenter les obstacles à la collecte de données sur la mortalité juvénile;
- fournir une description des procédures, techniques et pratiques qui faciliteraient une meilleure identification, classification et saisie des données sur l'incidence de la mortalité juvénile;
- faire des recommandations sur l'opportunité et la faisabilité d'un meilleur système national de collecte de données sur la mortalité juvénile;
- contribuer à éclairer les intervenants qui sont appelés à s'occuper des affaires de décès d'enfants relativement aux politiques et aux aspects opérationnels;
- mieux comprendre le rôle de certaines disciplines dans les interventions consécutives aux décès d'enfants (p. ex. la protection de l'enfance, les services sociaux, la science médico-légale, la médecine et la santé mentale de l'enfant).

Comment l'information sera-t-elle utilisée?

L'information réunie dans le cadre de ce projet ciblera un éventail de professions intéressées à la question de la mortalité juvénile, notamment les corps policiers, les procureurs de la Couronne, la protection de l'enfance, la santé mentale, la médecine, la santé publique, les sciences médico-légales, l'analyse de politiques, de programmes et de la magistrature.

Qui participe au projet?

Le projet est entrepris par Jan Christianson-Wood, travailleuse sociale et chargée des enquêtes spéciales au Bureau du médecin légiste en chef du Manitoba, et Jane Lothian Murray, chargée de cours et chercheure à l'Université de Winnipeg. Un comité consultatif multidisciplinaire a été mis sur pied pour donner des conseils sur le projet. (Voir annexe A.)

III VUE D'ENSEMBLE DE LA RECHERCHE SUR LES DÉCÈS D'ENFANTS CAUSÉS PAR LES MAUVAIS TRAITEMENTS AU CANADA

Il existe des statistiques nationales sur les décès d'enfants causés par des blessures dans diverses bases de données, mais ces divers systèmes de collecte de données ne permettent guère de produire des données qui seraient utiles pour évaluer les questions entourant les décès causés par la violence envers les enfants.

Les données canadiennes et la recherche faite au Canada sur la mortalité juvénile

L'historique de la recherche sur les décès causés par la violence envers les enfants au Canada

Il y a plus de 15 ans, une avocate canadienne nommée Corinne Robertshaw a entrepris avec l'aide de Santé Canada une recherche sur les décès causés par la violence envers les enfants au Canada et a publié une étude sur la mortalité juvénile dans laquelle

l'auteur signalait l'absence préoccupante de données fiables sur la fréquence des cas. Elle a quand même fait dans cette étude une estimation de l'incidence nationale des décès causés, en 1977, par les mauvais traitements et la négligence. Toutefois, l'absence de définitions communes de la violence envers les enfants, des mauvais traitements et de la négligence, d'une province et d'un territoire à l'autre, les erreurs de classement des décès d'enfants et l'absence de données pour le Québec et la Saskatchewan rendaient impossible d'obtenir des statistiques nationales précises sur l'incidence des décès d'enfants causés au Canada par les diverses formes de mauvais traitements et de négligence. Les travaux de Robertshaw sont importants en raison des efforts qui ont été déployés pour recueillir et analyser des renseignements de différentes sources comme l'aide sociale à l'enfance, la santé (y compris la santé mentale) et les organismes d'application de la loi.

Les problèmes de classification étaient un élément central de l'étude de Robertshaw. Les registres provinciaux de protection de l'enfance signalaient seulement 29 cas de décès d'enfants (54 p. 100) attribués à la violence envers les enfants. Elle en a conclu que l'expertise du coroner ou du médecin légiste et du pathologiste est essentielle (et demeure toujour essentielle) pour déterminer si le décès est rangé dans la bonne catégorie. Robertshaw a indiqué clairement que son estimation initiale ne tenait pas compte des décès non signalés, attribués à des causes erronées ou rangés dans la mauvaise catégorie. Elle a conclu que les incidences réelles de décès d'enfants causés par les mauvais traitements était probablement beaucoup plus élevée, étant donné que « 5 p. 100 de tous les décès d'enfants de moins de cinq ans qui ont été classés comme des accidents (à l'exclusion des accidents de transport) ou comme des décès causés par des symptômes ou pathologies mal définis [ont été], en fait, causés en grande partie ou en totalité par des mauvais traitements ou une négligence prononcée. » (Robertshaw, 1981)

Près de dix ans plus tard, Cyril Greenland (1987) a examiné l'ensemble des décès d'enfants attribués aux mauvais traitements et à la négligence sur une période de dix ans en Ontario (1973-1982), pour un total de 100 cas. Les questions de classification ont également joué un grand rôle dans cette étude. Les décès d'enfants attribués aux mauvais traitements et à la négligence dans l'échantillon étudié étaient classés dans les statistiques de l'état civil de l'Ontario sous la rubrique « Décès accidentels et violents » plutôt que d'être définis comme des catégories séparées. Pour analyser ces décès, Greenland a créé une typologie des décès causés par les mauvais traitements qui comprenait les cinq catégories suivantes : « syndrome de l'enfant battu », « négligence ou acte d'omission », « homicide ou acte criminel impulsif », « discipline et traitement inapproprié...d'un nourrisson autrement bien soigné » et « divers ». Ces catégories tenaient compte à la fois de la cause directe du décès (homicide) et des circonstances entourant le décès (syndrome de l'enfant battu, discipline et négligence). Plusieurs catégories, notamment l'homicide, le syndrome de l'enfant battu et la discipline, se chevauchaient pour ce qui est du recours à la force ou de la violence envers l'enfant. Greenland a qualifié ce chevauchement d'« inévitable », « chacune des catégories ayant des caractéristiques distinctes ». (Greenland, 1987). Un grave problème du système de classification de Greenland est l'absence de critères uniques permettant de faire la distinction entre une catégorie et l'autre. (Christianson-Wood, 1995)

Rapport final du Groupe de travail sur la mortalité juvénile de l'Ontario

En 1995, le coroner en chef de l'Ontario et l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario ont signalé le besoin de se pencher sur le problème des enfants qui meurent pendant qu'ils reçoivent des services de l'aide à l'enfance. Toutefois, les chercheurs qui se sont penchés sur ce phénomène ont constaté qu'ils étaient incapables de trouver le moindre renseignement sur le nombre exact d'enfants qui meurent dans ces circonstances. En l'absence de données et d'études uniformes des décès d'enfants, il était impossible de comprendre l'ampleur du problème. En conséquence, il était impossible d'élaborer des stratégies qui permettraient de mettre au point de meilleures méthodes de prévention, d'intervention et de soins des enfants vulnérables. En avril 1996, le Bureau du coroner de la province de l'Ontario et l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario, avec l'appui du ministère des Services communautaires et sociaux, ont créé le Groupe de travail sur la mortalité juvénile en Ontario. Ce groupe de travail a été chargé d'entreprendre une étude sur tous les cas d'enfants qui étaient décédés pendant qu'ils bénéficiaient de services d'aide à l'enfance durant une période de deux ans du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1995. Cette étude approfondie visait la totalité des 55 sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario et a duré 14 mois. En plus d'effectuer une enquête sur les enfants qui étaient décédés, le Groupe de travail s'est penché sur les questions de la collecte des données, du partage de l'information et de l'éducation. Le Groupe de travail a publié ses conclusions dans un rapport provisoire en mars 1997 et un rapport final en juillet 1997. Un rapport d'étape sur le suivi des recommandations a été publié en avril 1998.

Le rapport Gove et la Commission de l'enfance de la Colombie-Britannique

Le rapport Gove est le résultat d'une commission d'enquête indépendante sur les services, politiques et pratiques, du ministère des Services sociaux de la Colombie-Britannique, enquête qui a été mise sur pied à la suite du décès de Matthew John Vandreuil, qui était attribuable aux mauvais traitements et à la négligence. L'enquête a été annoncée en mai 1994 par l'honorable Joy MacPhail, ministre des Services sociaux, et elle a commencé ses travaux peu de temps après. Le processus a été divisé en deux parties. Le juge Gove décrit la démarche de l'enquête dans la lettre d'accompagnement qui se trouve au début de Volume Un : L'histoire de Matthew.

> Durant la partie 1, j'entendrais le témoignage de ceux qui ont eu affaire à Matthew et à sa famille, ceux qui ont participé à l'examen du surintendant et ceux qui étaient les cadres supérieurs du ministère responsable de la politique de la protection de l'enfance et de la gestion des services de protection de l'enfance. Durant la partie 2, j'entendrais le témoignage de représentants du public et je rencontrerais de nombreuses personnes, y compris des jeunes qui sont actuellement confiés ou qui ont grandi en étant confiés aux soins du ministère, des travailleurs sociaux, des cadres supérieurs de l'administration publique, des dirigeants syndicaux, des porte-parole d'associations de parents nourriciers, des organisations communautaires et des groupes représentant les parents et les grands-parents. Je chercherais à dégager des solutions aux problèmes

systémiques qui ont marqué la vie tragique de Matthew et entraîné sa mort. (Gove, 1995)

Le rapport final du juge Gove a été publié en 1995, après que la commission eut consacré près de 18 mois à examiner comment les enfants de la Colombie-Britannique étaient protégés contre les mauvais traitements et la négligence. L'enquête a examiné comment les services de protection de l'enfance étaient distribués, quelles mesures d'assurance de qualité existaient et devaient être mises en oeuvre, quelles étaient les compétences et la formation des travailleurs sociaux, et l'impact de la nouvelle loi provinciale sur la protection de l'enfance. Les auteurs de l'étude faisaient des recommandations visant l'élaboration et la mise en oeuvre d'un nouveau système de services sociaux axés sur l'enfant. Après avoir accepté le rapport de la Commission Gove, le gouvernement de la Colombie-Britannique a créé la Commission sur les enfants, avec le mandat d'examiner tous les décès d'enfants survenus dans la province et de faire enquête lorsque les circonstances le justifiaient. « On fait également enquête sur tous les décès d'enfants placés sous la tutelle du gouvernement, ainsi que tous les décès naturels qui semblent présenter un intérêt du point de vue de l'examen des systèmes d'aide à l'enfance et des questions de santé publique et de sécurité. » Le commissaire de cette Commission sur les enfants a déclaré que le système permettrait à la commission d'analyser les causes de tous les décès d'enfants et de se pencher sur toute préoccupation relative aux services que l'enfant avaient reçus durant sa vie. La commission est également en mesure d'identifier les organismes et ministères qui ont fait du travail exemplaire au service d'un enfant et de diffuser cette information pour que d'autres organisations puissent s'en inspirer. L'information ainsi réunie sert à donner une rétroaction immédiate aux organismes et ministères afin que des changements puissent immédiatement être apportés lorsque des problèmes sont identifiés. (http://www.childservices.gov.bc.ca/work/investprocess.html)

La Commission sur les enfants a publié son premier rapport annuel en février 1998. Ce document présente un résumé de toutes les enquêtes complétées sur des décès. On y discute aussi de questions importantes entourant l'enquête sur les décès, y compris la gestion intégrée des cas, le partage de l'information et la formation des responsables de services.

Étude de cohortes canadiennes sur les cas signalés de mauvais traitements et de négligence des enfants

L'étude de cohortes canadiennes sur les cas signalés de mauvais traitements et de négligence des enfants utilise une méthodologie d'échantillonnage en grappe pour recueillir des données décrivant l'ampleur du problème des cas signalés de mauvais traitements et de négligence des enfants. La cueillette des données est limitée aux organismes d'aide à l'enfance, les données étant recueillies directement par les travailleurs sociaux de l'aide à l'enfance qui font enquête. Les chercheurs ont établi une période de cueillette de données de trois mois se terminant au printemps 1999 mettant en cause des organismes d'aide à l'enfance choisis de façon aléatoire dans l'ensemble du pays. Pour s'assurer que la cueillette des données était uniforme d'un endroit à l'autre, on a appliqué des définitions opérationnelles standardisées des cas de mauvais traitements et de négligence des enfants pour établir quels cas devaient faire l'objet d'enquêtes. (Phaneuf, 1998)

L'analyse des données recueillies portera notamment sur les éléments suivants :

- les taux d'incidence des mauvais traitements et de la négligence ventilés selon les diverses formes de mauvais traitements;
- les caractéristiques des mauvais traitements, par exemple la nature et la gravité du tort causé, la durée des mauvais traitements, les caractéris-tiques du perpétrateur, le recours au châtiment physique;
- les caractéristiques de l'enfant et de sa famille, notamment l'âge, le sexe, la structure familiale, les facteurs de risques parentaux;
- les déterminants-clés de la santé, y compris les pratiques d'adaptation personnelle, l'ethnicité, le soutien social, le logement et le revenu;
- les résultats de l'enquête, notamment l'intervention de la police, les accusations criminels, l'intervention des tribunaux, le placement et le statut juridique.

L'étude de cohortes vise à obtenir des estimations nationales de l'ampleur du phénomène de la violence envers les enfants, mais elle permettra aussi de consigner tout décès d'enfants signalé à l'un des sites étudiés durant la période de cueillette des données.

Statistiques sur les blessures et recherche sur la prévention des blessures

Santé Canada

Santé Canada publie des fiches d'information préparées par l'Institut canadien de la santé infantile sur les causes des blessures et des décès, à partir de fichiers de microdonnées hospitalières de Statistique Canada. On y trouve notamment une ventilation des principales causes de décès consécutifs à des blessures, par groupe d'âge et par sexe, à l'échelle nationale et provinciale. Il convient de noter qu'un certain nombre des décès consécutifs à des brûlures, des noyades et des chutes mettent en cause la négligence des parents; il n'est pas possible en examinant ces données de faire la distinction entre ces cas et les décès consécutifs à des blessures qui ont lieu en dépit d'une supervision adéquate de la part des parents.

Les décès causés par des coups portés à un enfant sont compilés séparément des homicides. On fournit les données sur les homicides, mais ces fiches d'information ne donnent aucune indication sur le nombre des décès qui sont attribuables aux mauvais traitements. (www.hc-sc.gc.ca/main/hppb/cny/factsheets/All_injuries) On peut trouver d'autres renseignements sur d'autres sites consacrés à la santé des enfants et des jeunes. (www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/factsheets/factsheets.htm).

Programme de recherche et de prévention en matière de traumatisme à l'intention des hôpitaux pour enfants

Santé Canada a cherché à suppléer au manque d'information sur les blessures subies par des enfants en créant en 1989 le Programme de recherche et de prévention en matière de traumatisme à l'intention des hôpitaux pour enfants (PRPTHE). Le programme est une approche coordonnée pour recueillir des données à la grandeur du pays sur les circonstances entourant tout type de blessures subies par des enfants. Le PRPTHE recueille et analyse des données sur les blessures et les empoisonnements dans les salles d'urgence de 16 hôpitaux d'un bout à l'autre du Canada, au moyen d'un système informatique. La base de données nationales cumulatives se trouve à Ottawa, au Bureau de santé génésique et de

santé de l'enfant de Santé Canada. Pour chacun des cas, un préposé à l'entrée des données code l'information sur plus de 40 variables et rédige une seule ligne de texte décrivant « ce qui s'est passé » selon le compte rendu fourni par le parent ou le patient. Le résultat est une base de données uniques et riches en détails. L'information sur la situation « antérieure à l'incident » recueillie par le PRPTHE ne se trouve nulle part ailleurs. (www.hc-sc.gc.ca/main/lcdc/web/brch/injury/chrpa.html)

Le PRPTHE compile des rapports sur une grande diversité de blessures, notamment les blessures mettant en cause le matériel de terrain de jeu, les marchettes pour bébés, les berceaux et lits à barreaux, les poussettes de marché, les portes de garage, les poussettes pour bébés et les landaus. Bien que ce système ait été conçu pour protéger les enfants contre les blessures inutiles et le décès prématuré, il comporte une importante faiblesse pour ce qui est d'identifier les blessures causées par les mauvais traitements et la négligence. Au moment de l'admission à l'hôpital, l'adulte accompagnateur remplit un questionnaire d'une page sur la cause de la blessure. Il n'y a pas d'enquête pour établir la validité de cette déclaration. Le médecin soignant fournit des renseignements additionnels quant à la nature de la blessure, la partie du corps qui est blessé et le traitement dispensé. Il est possible et même probable que certaines blessures causées par les mauvais traitements ou la négligence ne soient pas consignées comme telles, selon la manière dont le médecin soignant identifie l'attitude de l'enfant tout en tenant compte du scénario de blessure présenté par l'adulte accompagnateur.

Une récente publication de Statistique Canada, *Pour la sécurité des enfants et des jeunes Canadiens : Des données sur les blessures aux mesures préventives* (1997) présente une vue à jour d'un grand problème de santé pour les enfants canadiens : les blessures. En 1992, sur 4 838 décès de Canadiens âgés de moins de 20 ans, 1 542 ont été causés par des blessures. Si l'on compare cela aux 310 décès causés par le cancer dans l'ensemble du pays et aux 113 causés par les maladies infectieuses, l'ampleur du problème devient claire. (Santé Canada, 1997:2) Divers chapitres de ce document portent sur divers types de blessures, depuis les blessures causées par les accidents automobiles à celles causées pendant que la jeune personne était au travail. L'homicide est également abordé, ainsi que les taux de mauvais traitements et de négligence. Toutefois, les taux de décès d'enfants causés par la négligence ne sont pas inclus, car il n'y a pour l'instant aucune statistique canadienne fiable sur ces décès.

Statistique Canada

On peut obtenir des statistiques sur les décès d'enfants par homicide de Statistique Canada de deux sources différentes. Il y a la base de données sur la mortalité et la base de données de l'Enquête sur les homicides du Centre canadien de statistiques judiciaires. La base de données sur les mortalités de Statistique Canada recueille des renseignements sur les homicides d'enfants obtenus directement à même les certificats de décès et ne comprend pas les renseignements émanant des enquêtes de la police ou du coroner. L'Enquête sur les homicides est plus complète que la base de données sur les mortalités et enregistre tous les homicides qui font l'objet d'une enquête par des corps policiers d'un bout à l'autre du Canada. Les plus récentes statistiques disponibles par cette source datent de 1991-1993 (Santé Canada, 1997:254). Cette base de données fournit également des renseignements détaillés sur la victime, le perpétrateur, le lien entre la victime et le perpétrateur, les méthodes utilisées et les circonstances entourant l'homicide.

L'Enquête sur les homicides indique que

les taux d'homicide sont de loin plus élevés pour les nourrissons, près de cinq fois le taux global pour les enfants et les jeunes de moins de 20 ans. En fait, l'homicide est la principale cause de décès consécutifs à des blessures chez les nourrissons. Les deux tiers des enfants assassinés sont tués par un parent. Les blessures fatales chez les jeunes enfants résultent le plus souvent d'une raclée ou de la strangulation. L'Enquête sur les homicides signale en outre que la majorité des jeunes enfants sont tués dans des résidences privées, tandis que les enfants plus âgés et les jeunes sont plus souvent assassinés dans un endroit public, habituellement à l'extérieur. (Santé Canada, 1997-255).

Recherche sur la prévention des blessures

Il est reconnuque les blessures sont un phénomène prévisible et évitable. Il se fait de la recherche au Canada sur la prévention des blessures, notamment au PRPTHE de Santé Canada et dans le cadre de divers programmes provinciaux. Par exemple, le Centre de recherches et de lutte contre les blessures de l'Alberta publie une analyse des décès et hospitalisations consécutifs à des blessures dans le Injury Data Report de l'Alberta. Dans ce rapport, on examine les tendances relative aux taux de blessures dans la province et l'on présente un résumé des blessures dans 40 catégories de causes de blessures, avec une ventilation par sexe et différents groupes d'âge et des descriptions détaillées des causes des blessures. Le Centre de recherches et de lutte contre les blessures de l'Alberta publie également un répertoire des sources de données sur les blessures en Alberta, dans lequel on trouve une liste des sources de données sur les blessures recueillies automatiquement en Alberta, avec personnes-ressources et information descriptive pour chaque source. (http://www.med.ualberta.ca/acicr, 1998)

Un certain nombre d'universités canadiennes font de la recherche sur les blessures. Par exemple, la recherche effectuée par le groupe de recherche sur les blessures de l'Université de l'Alberta comprend la mise au point de systèmes perfectionnés de surveillance des blessures, l'élaboration et l'évaluation de mesure de lutte contre les blessures, de la recherche sur les résultats, une analyse des coûts associés avec les blessures et de la formation dispensée aux professionnels dans le domaine des blessures. (Alberta Centre for Injury Control and Research, 1998) Une étude nationale sur les taux de blessures et les stratégies de prévention indique que les enfants des groupes socio-économiques inférieurs ont le plus de chances de subir des blessures et de mourir à la suite de mauvais traitements. En étudiant les décès d'enfants consécutifs à des blessures, il ne faut pas prendre pour acquis que le Canada a des taux d'homicides juvéniles inférieurs à ceux des États-Unis, car il semble qu'un taux de pauvreté plus élevé et de moins bonnes conditions de vie communautaire jouent un rôle dans les taux d'homicides juvéniles aux États-Unis. (Santé Canada, 1997:263)

Recherche sur les décès d'enfants aux États-Unis

Comme il existe des données nationales limitées sur les décès d'enfants causés par les mauvais traitements et la négligence, les chercheurs canadiens ont compté essentiellement dans le passé sur des rapports émanant des États-Unis, en particulier quand il s'agit d'étudier des problèmes de classification et de saisie de données. Les États-Unis se sont lancés dans un certain nombre d'enquêtes nationales et d'autres projets de grande envergure, dans une tentative pour comprendre leur propre incidence nationale de décès de ce genre.

Projet d'étude des fatalités d'enfants causées par les mauvais traitements

En 1991, un projet conjoint de l'association du barreau des États-Unis (American Bar Association) et de l'académie américaine des pédiatres (American Academy of Pediatrics) a publié un manuel sur la conception et la mise sur pied d'équipes d'examens des fatalités d'enfants ainsi qu'un livre de recommandations sur la cueillette uniforme de données à l'intention des équipes d'examen des fatalités d'enfants. Ces publications ont appuyé la mise en place d'équipes d'examen un peu partout aux États-Unis. Une trousse de formation a également été mise au point à l'intention des équipes d'examen.

Conseil consultatif sur les mauvais traitements et la négligence d'enfants des États-Unis

En 1995, le Conseil consultatif sur les mauvais traitements et la négligence d'enfants des États-Unis (US Advisory Board on Child Abuse and Neglect – US ABCAN) a publié un rapport intitulé *A Nation's Shame: Fatal Abuse and Neglect in the United States*. Ce cinquième rapport annuel a été écrit pour attirer l'attention des Américains sur le problème croissant des décès d'enfants causés par les mauvais traitements. On a étudié un certain nombre de bases de données nationales dans une tentative pour établir l'incidence des décès d'enfants causés par les mauvais traitements. Toutefois, aucune analyse définitive n'a été possible en raison d'erreurs chroniques de classement dans ces bases de données. Dans ce rapport, le conseil a fait 26 recommandations visant notamment à améliorer les enquêtes sur les cas, à établir le besoin d'un réseau national d'équipes d'examen des fatalités d'enfants, et à faire de la prévention. (US ABCAN, 1995)
L'enquête annuelle dans les cinquante États

Le Comité national pour la prévention des mauvais traitements des enfants des États-Unis (National Committee for Prevention of Child Abuse – NCPCA, 1992) tente de compiler des renseignements détaillés émanant des 50 États et du district de Columbia sur le nombre et les caractéristiques des rapports de mauvais traitements d'enfants, le nombre de fatalités d'enfants attribuables aux mauvais traitements et les changements dans le financement et l'ampleur des services d'aide à l'enfance. Depuis 1986, le NCPCA publie un rapport annuel contenant une analyse des résultats, y compris une estimation du nombre de cas signalés de mauvais traitements d'enfants et de décès attribuables aux mauvais traitements dans l'ensemble du pays. L'analyse s'est butée à de nombreuses difficultés à cause de données incomplètes ou incompatibles. Dans le rapport de 1992, on signale que l'estimation du nombre de décès d'enfants causés par les mauvais traitements est fondée sur un peu moins de 70 p. 100 de la population juvénile des États-Unis. Les estimations des années antérieures sont fondées sur au moins 85 p. 100 de la population juvénile. L'un des problèmes identifiés est que l'augmentation du taux de fatalités signalées n'indique pas nécessairement une hausse réelle de l'incidence. Huit des 17 États qui ont signalé une hausse du taux de fatalités ont attribué le changement au dénombrement plus précis des fatalités. (NCPCA, 1992)

Étude nationale de l'incidence

L'Étude nationale de l'incidence (National Incidence Study – NIS) est un effort périodique du National Centre on Child Abuse and Neglect qui est mandaté par le Congrès. La première étude NIS a été effectuée en 1979-1980 et publiée en 1981; la deuxième a été effectuée en 1986-1987 et publiée en 1988. La troisième

et la plus récente étude NIS a recueilli des données de 1993-1994 et l'analyse a été effectuée en 1995-1996, les résultats ayant été publiés en 1996.

Un objectif-clé de la troisième étude NIS était de fournir une estimation à actuellede l'incidence des mauvais traitements et de la négligence des enfants aux États-Unis et de mesurer les changements de l'incidence par rapport aux études antérieures. Cette étude incluait les enfants connus des organismes d'aide à l'enfance ainsi que les enfants qui ont été vus par des professionnels de la collectivité mais qui n'ont pas été signalés au Service de la protection de l'enfance. Des professionnels qui avaient reçu une formation ont recueilli des données sur une période de trois mois. Comme les données ont été uniformément recueillies en fonction de définitions précises des mauvais traitements et de la négligence, les résultats des trois études NIS constituent une base de comparaison permettant d'identifier les changements survenus avec le temps dans l'incidence et la répartition des cas d'enfants maltraités et négligés. En raison des limites du processus de cueillette des données, cette étude ne peut pas tenter d'établir l'incidence nationale des décès attribuables aux mauvais traitements. (Sedlack & Broadhurst, 1996)

IV LE PROJET D'ANALYSE DE LA MORTALITÉ JUVÉNILE

MÉTHODOLOGIE de la RECHERCHE

Deux instruments de collecte de données ont été utilisés pour obtenir les renseignements sur les méthodes utilisées par les provinces et territoires du Canada pour consigner l'information sur les décès d'enfants causés par les mauvais traitements : un questionnaire envoyé par la poste et une entrevue téléphonique semi-structurée. Le questionnaire comprenait deux parties. La première partie portait sur le **processus**, c'est-à-dire la façon dont les systèmes recueillent les données relatives au décès d'enfants et la façon dont les divers systèmes réagissent au décès d'enfants. La deuxième partie du questionnaire comprenait des questions relatives à la **collecte des données;** c'est-à-dire quels renseignements précis sont recueillis à l'occasion des décès d'enfants. Soixante-dix-neuf questionnaires ont été envoyés à des répondantes clés représentant quatre systèmes : l'Aide à l'enfance, les Services des médecins légistes et coroners, les intercesseurs pour les enfants et la police. Au total, 46 questionnaires remplis ont été reçus, pour un taux de réponse de 57 p. 100.[1] Ce taux de réponse est suffisant pour permettre l'analyse et la publication des résultats. (Babbie, 1979)

Les répondantes clés ont été choisis par la méthode de **l'échantillonnage raisonné**, c'est-à-dire qu'ils ont été choisis sur la base du jugement des chercheurs quant à savoir qui serait la personne la plus susceptible de donner des renseignements valables sur un système ou une administration en particulier. Des répondantes clés ont été choisis dans chacune des dix provinces et dans les deux territoires. Des réponses ont été reçues de neuf provinces et deux territoires.

Tous les intercesseurs pour les enfants[2] ont donné une réponse dans le cadre de l'enquête. Tous n'ont pas été en mesure de remplir le questionnaire, étant donné que pour certains d'entre eux, leur mandat ne leur attribue aucun rôle au niveau provincial dans l'examen des décès d'enfants.

Au total, 38 entrevues de suivi ont été effectués après une analyse préliminaire des réponses au questionnaire. Étant donné les contraintes de ressources et de temps, il n'a pas été possible d'entevuer la totalité des

répondantes auxquels un questionnaire avait été envoyé, mais on a communiqué avec des répondantes dans toutes les provinces et les territoires et dans tous les réseaux visés. Les entrevues étaient semi-structurés afin de veiller à recueillir tous les renseignements pertinents tout en permettant aux personnes interrogées d'ajouter des commentaires, le cas échéant. Les questions posées au cours des entrevues ont été établies après avoir passé en revue les réponses au questionnaire. Les entrevues ont servi à :

a) valider ou confirmer les renseignements obtenus dans les questionnaires;

b) préciser certaines ambiguïtés ou réponses peu claires données dans les questionnaires;

c) fournir des données qualitatives additionnelles qui n'avaient pas été obtenues par les questionnaires.

Limites des données :

i) Réponses différencielles des organismes d'aide à l'enfance : la participation des organismes et ministères provinciaux et territoriaux d'aide sociale à l'enfance a influé sur la complétude de l'enquête.

ii) Questions de définition : étant donné la nature délicate des décès d'enfants résultant des mauvais traitements et de la négligence, il a été difficile de cerner complètement certaines questions au moyen d'un questionnaire. Par exemple, certains répondantes avaient de la difficulté à comprendre le concept de « mort suspecte » et ont demandé des précisions ou des définitions aux auteurs de la recherche. Toutefois, la raison pour laquelle on avait inclus une question sur les enfants et les morts suspects était pour réunir des renseignements sur la façon dont les répondantes eux-mêmes définissaient ce concept. Les entrevues de suivi se sont révélées extrêmement utiles pour tirer au clair cette limite.

iii) Problèmes d'inadaptation : autrement dit, un questionnaire comportant des questions auxquelles il faut répondre par oui ou non n'est pas toujours en mesure de saisir toute la richesse de l'information disponible. Dans certains cas, les répondantes étaient incapables de faire cadrer leurs réponses dans les catégories proposées et ont donc élaboré leur propre réponse, laquelle ne peut pas être saisie par une analyse quantitative. Toutefois, l'inclusion de certaines questions à réponse libre ainsi que les entrevues de suivi ont permis de résorber cette limite.

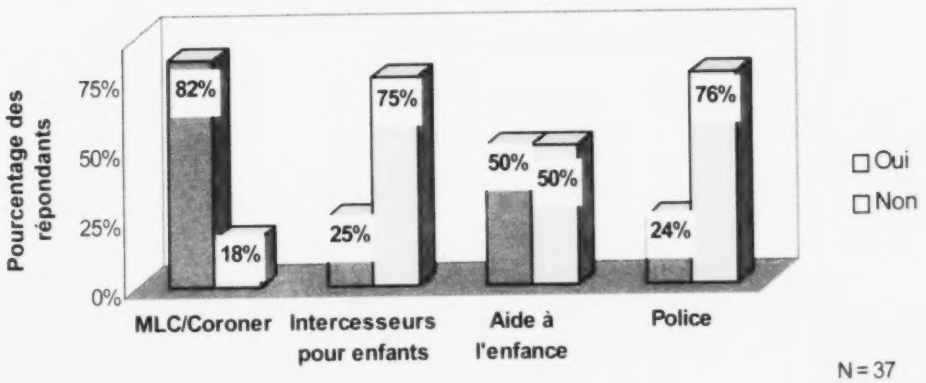
V CONSTATIONS ET DISCUSSION

PARTIE 1
Systèmes de gestion des données

Comment les systèmes recueillent les données pertinentes au décès d'enfants

L'enquête comportait plusieurs questions sur le type d'information contenu dans les divers systèmes d'information (intercesseurs pour les enfants, service d'aide à l'enfance, service du coroner et du médecin légiste et police) à propos des décès d'enfants dans le territoire visé, et sur la manière donc cette information est recueillie, classifé, récupérée, et partagée avec les autres systèmes. Les résultats indiquent que la gestion des données relativement au décès d'enfants varie d'une province à l'autre et d'un système à l'autre, à l'exception de la Gendarmerie royale du Canada (GRC). Par exemple, on a demandé aux répondantes s'ils possédaient des statistiques pour l'année 1996 sur les décès d'enfants dans leurs territoires.

Figure 1 **Disponibilité de statistiques sur les décès d'enfants pour 1996**



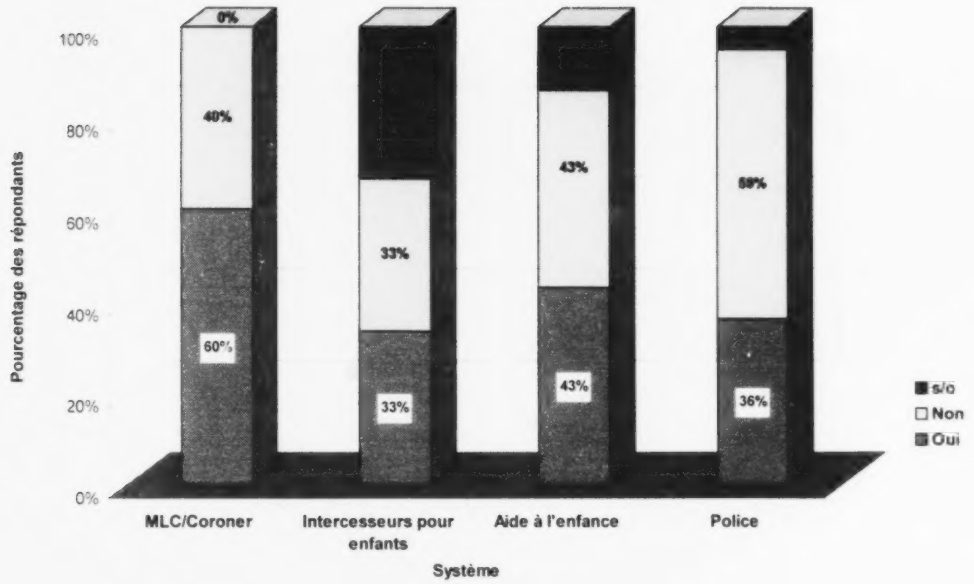
Comme on peut le voir à la figure 1, les bureaux des médecins légistes en chef ou des coroners ont fait savoir pour la plupart qu'ils avaient des statistiques sur les décès d'enfants. Environ 75 p. 100 des répondantes de la police et des intercesseurs pour les enfants qui ont répondu au questionnaire ont dit que ce renseignement était « inconnu », ce qui veut dire qu'ils ne recueillent pas de données spécifiques sur les décès d'enfants, mais comptent plutôt sur les bureaux du médecin légiste ou du coroner ou d'autres sources pour leur fournir ce renseignements. (On pouvait aussi répondre par « oui » ou « non » à la question portant sur la collecte de statistiques sur les décès.) Le nombre limité de réponses obtenues des organismes d'aide à l'enfance suggère que cette information n'est pas uniformément recueillie ou mise à leur disposition. Le pourcentage important de réponses « inconnues » parmi les répondants de la police représente deux facteurs : les limites territoriales des statistiques des corps policiers municipaux, et les limites des données statistiques recueillies relativement au décès d'enfants. Une réponse courante était que les données sont compilées en fonction des accusations portées plutôt qu'en fonction de l'âge de la victime.

Comment les systèmes recueillent de données sur les morts suspectes

Il y a énormément de différences entre les provinces dans la façon dont les divers systèmes classent et récupèrent l'information sur les morts suspects. En fait, comme on peut le voir à la figure 2, beaucoup de répondantes ont répondu qu'ils ne possèdent aucun mécanisme leur permettant d'obtenir des données sur les décès d'enfants. Une réponse courante de la police était que tous les décès d'enfants sont considérés « suspects » jusqu'à ce que l'enquête prouve le contraire. Les réponses encerclant le concept des décès suspects d'enfants font ressortir l'ambiguïté qui entoure ce terme. Beaucoup de répondantes ont utilisé une autre terminologie pour caractériser ces décès, par exemple en parlant de mort « douteuse », « non-accidentelle », « subite » ou encore pour des causes « indéterminées ».

Le Bureau du Coroner en chef de la Colombie-Britannique a expliqué que le mot « suspect » n'est pas utilisé fréquemment au service du coroner parce que tous les décès

Figure 2 **Contrôle des morts suspectes**

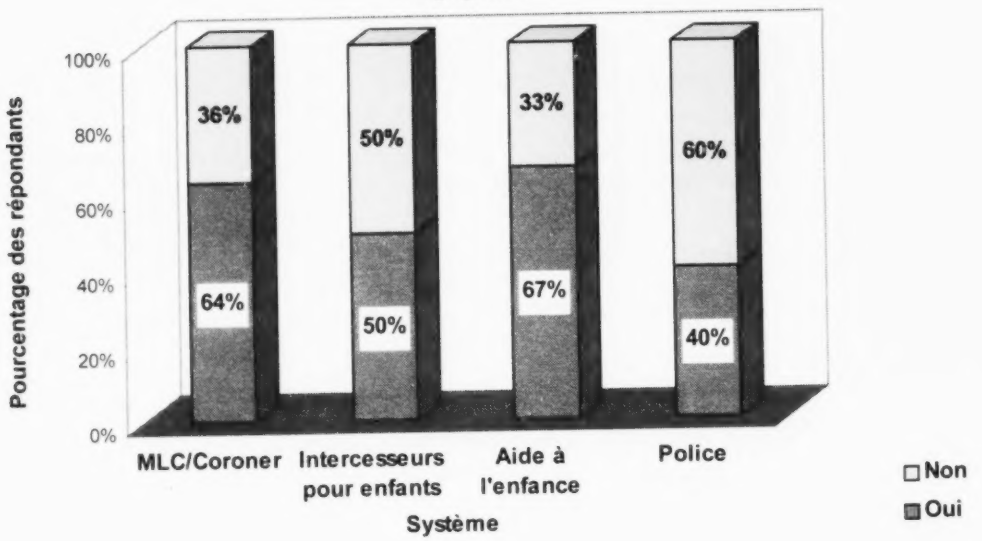


sont au départ considérés suspects jusqu'à ce qu'une enquête approfondie ait prouvé le contraire. Très peu des systèmes examinés possèdent un mécanisme permettant de récupérer des renseignements sur les « morts suspectes » d'enfants pour analyse ultérieure. Comme mentionné ci-dessous dans la discussion sur les systèmes de collecte des données, certaines provinces sont actuellement en train de mettre au point des systèmes ou viennent de mettre en vigueur des processus permettant de récupérer des renseignements sur ce type de décès. Par exemple, le Bureau du Coroner en chef de l'Ontario peut obtenir des renseignements sur tous les cas de décès d'enfants pour des causes « indéterminées ». Le nouveau système que l'on est en train d'élaborer encadera des sous-catégories de la catégorie générale « indéterminée », afin de distinguer entre les cas possibles de décès attribuables aux mauvais traitements et à la négligence et les décès attribuables à d'autres motifs. Le Bureau du coroner de la Colombie-Britannique attribue à chaque décès un code préliminaire qui permet une analyse ultérieure des homicides possibles ou probables.

Comment les systèmes recueillent des données sur les décès d'enfants causés par les mauvais traitements et la négligence

Étant donné les difficultés identifiées pour avoir accès à des renseignements précis au sein de la catégorie générale des décès d'enfants, il est encore plus difficile d'obtenir des renseignements précis sur les décès d'enfants attribuables aux mauvais traitements et à la négligence. À peine plus de 50 p. 100 des répondantes ont fait savoir que les décès d'enfants qui sont attribuables aux mauvais traitements et à la négligence sont classés comme tel. (Voir figure 3.) Cette réponse fait ressortir l'ambiguïté qui entoure la définition des termes « mauvais traitements » et « négligence ». Comme le Comité national de la prévention de la violence envers les enfants

Figure 3 **Capacité d'attribuer les décès aux mauvais traitements ou à la négligence**



des États-Unis l'a fait remarquer dans son rapport de 1987 sur les décès d'enfants causés par les mauvais traitements et la négligence, « tant que nous n'aurons pas fait tomber les obstacles sémantiques entre les professions et établi une définition précise de la fatalité d'enfants attribuable aux diverses formes de violence et de négligence, définition qui soit distincte de celle applicable aux autres types de fatalité, nous ne pourrons en déterminer les raisons ni y assigner une étiquette permettant de compter précisément le nombre de cas » (Mitchell, 1987:3)

Comme on peut le voir à la Figure 4, à l'exception des intercesseurs pour les enfants, la majorité des répondantes ont fait savoir qu'ils possèdent une forme quelconque de système centralisé de collecte des données. En outre, 91 p. 100 des médecins légistes ou coroners, 75 p. 100 des intercesseurs pour les enfants et 87 p. 100 des policiers ont fait savoir que leurs systèmes sont informatisés. Les réponses obtenues des organismes d'aide à l'enfance sont plus mitigés, 57 p. 100 indiquant qu'ils ne possèdent pas de système informatisé, 29 p. 100 indiquant qu'ils possèdent une base de données informatisée et 14 p. 100 faisant savoir qu'ils étaient en train de mettre au point un nouveau système informatisé. La plupart des répondantes dans tous les systèmes d'un bout à l'autre du Canada ont reconnu que leurs actuels systèmes de données avaient de sérieuses limites. Les intercesseurs pour les enfants étaient les moins satisfaits de leurs actuels systèmes de données. Au contraire, 87 p. 100 des répondants de la police ont signalé un niveau quelconque de satisfaction à l'égard de leurs systèmes existants. (Voir Figure 5)

Limites des systèmes de données

Plusieurs limites importantes ont été identifiées pour ce qui est des systèmes de

Figure 4 **Collecte des données centralisée**

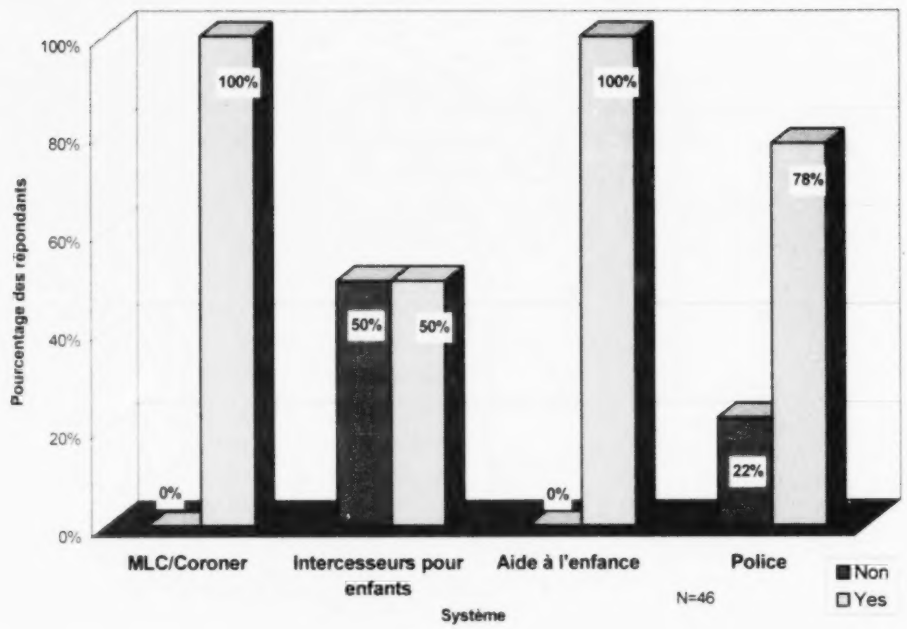
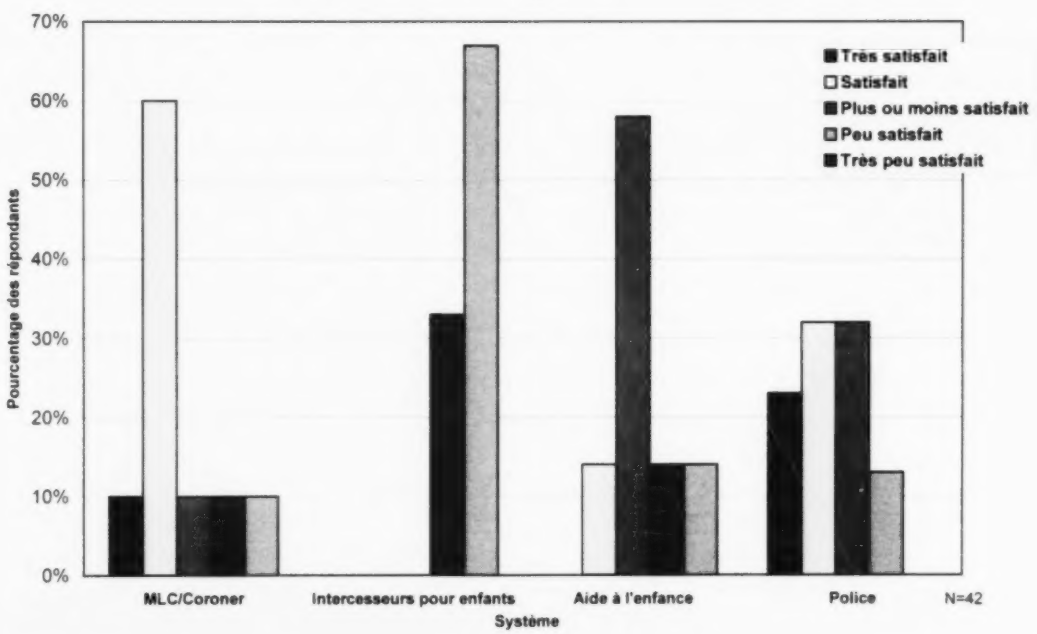


Figure 5 **Degré de satisfaction avec le système actuel de gestion des données**



données. On peut les ranger dans les catégories suivantes :

Problèmes d'uniformité Le problème le plus couramment identifié est que les données ne sont pas recueillies de façon uniforme. L'uniformité est problématique pour ce qui est de la collecte de données sur les décès d'enfants, de l'entrée de ces données dans les bases de données et de la transmission de ces données.

Problèmes de conception des bases de données Les bases de données sont organisées de telle manière qu'un certain nombre de répondantes dans les milieux de l'application de la loi et de l'aide à l'enfance ne sont pas en mesure de récupérer des renseignements portant précisément sur les decès d'enfants. Un certain nombre de répondantes de l'application de la loi ont dit clairement qu'il était impossible de répondre aux demandes de renseignements sur les décès d'enfants à moins que ces demandes ne soient liées à des accusations en particulier comme l'homicide, l'homicide involontaire, le défaut de subvenir aux besoins fondamentaux, etc., ou à des perpétrateurs ou victimes en particulier. Il n'est pas possible de récupérer des renseignements démographiques dans les cas pour lesquels aucune accusation n'a été portée, par exemple, les cas de mort subite du nourrisson ou de décès consécutif à des blessures, car les bases de données ne sont pas conçues à cette fin.

La plupart des bases de données des services d'aide à l'enfance sont conçus comme outils d'information ou de gestion des cas, pour aider à gérer les dossiers des familles qui reçoivent des services. Une recherche sur un type particulier de décès, par exemple, causé par le syndrome du nourrisson secoué, dépasse la capacité de la plupart de ces systèmes. Beaucoup de systèmes informatisés apprivaisent des données, mais ne sont pas conçus de manière à permettre au personnel (autre que les spécialistes techniques) d'interroger la base de données de manière à produire des rapports et des analyses. Par contre, et ce n'est pas étonnant, les coroners et les médecins légistes en chef ont peu de problèmes de ce genre puisque leurs systèmes sont conçus pour récupérer et analyser les renseignements sur les décès, y compris les décès d'enfants. La Commission des enfants de la Colombie-Britannique est actuellement en train d'établir une base de données qui renfermera des renseignements sur tous les décès d'enfants signalés à la Commission. Comme cela représente une portée encore plus large que celle de la base de données du Coroner en chef, cette base peut devenir une précieuse source de données à l'avenir.

Problèmes de récupération et d'échange des renseignements Les répondantes des services d'aide à l'enfance ont fait savoir que le partage de l'information présente des lacunes à l'interne, entre les bureaux et aussi entre les organismes d'aide à l'enfance. Certains répondants de la police ont dit que les renseignements sur les décès d'enfants classifés dans la base de données du médecin légiste ou du coroner ne sont pas toujours facilement accessibles aux policiers. Un certain nombre de répondantes clés ont dit que l'information sur les décès d'enfants se trouve dans leurs dossiers papier, mais que leur système de gestion des données n'ont pas la capacité d'extraire cette information ou que les données ne sont pas entrées dans le système de manière à pouvoir être récupérées.

La majorité des répondantes ont fait savoir que les échanges de renseignements avec les autres systèmes se font le plus souvent sous forme verbale ou écrite. Certains répondantes ont dit qu'ils sont en train d'établir des systèmes conçus pour récupérer et échanger des renseignements électroniquement. Par exemple, la Commission des enfants de la Colombie-Britannique se dirige vers l'établissement de liens électroniques avec le ministère de l'Enfance et de la Famille, les Statistiques démo-graphiques et le Coroner.

Plusières provinces ont récemment établi ou sont en train d'établir de nouveaux systèmes de gestion des données. Par exemple, les Coroners en chef de l'Ontario et des Territoires du Nord-Ouest, le Médecin légiste en chef du Manitoba et tous les corps policiers de l'Ontario ont de nouveaux systèmes en voie d'élaboration. Les répondantes se sont dit optimistes que les nouveaux systèmes seront mieux équipés pour atténuer certains des problèmes décrits ci-dessus qui font obstacle à la collecte et à la gestion des données. En général, les répondantes qui possèdent les systèmes de gestion des données les plus perfectionnés ont signalé les niveaux les plus élevés de satisfaction.

Partie 2 Collecte des données

Cette partie du questionnaire visait à obtenir des données sur les renseignements qui sont invariablement recueillis à chaque décès d'enfant. L'examen des réponses recueillies dans neuf provinces et deux territoires révèlent une grande diversité de stratégies pour la collecte des données d'un bout à l'autre du pays. Plus précisément, les résultats de l'enquête indiquent que diverses quantités de renseignements sont recueillies dans les domaines suivants :

Renseignements sur les personnes décédées - y compris des données permettant d'identifier l'enfant (âge, sexe et origine ethnique) et les antécédents médicaux de l'enfant. En général, les données démographiques de base sur l'enfant décédé sont uniformément consignées. Toutefois, des renseignements plus précis, par exemple, sur l'origine ethnique de l'enfant ou la présence d'un handicap ou d'un état pathologique quelconque, sont moins couramment consignés. Par exemple, près de 40 p. 100 des répondants ne consignent aucun renseignement sur la présence d'un handicap de l'enfant. De même, environ 15 p. 100 des répondants ont dit qu'ils ne recueillent pas de renseignements sur d'actuels incidents antérieurs de violence ou de négligence envers l'enfant décédé.

Renseignements sur le dispensateur de soins - y compris d'éventuels problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme, les antécédents criminels, l'intervention des services d'aide à l'enfance. Ces données sont extrêmement variées. Par exemple, si plus de 90 p. 100 des répondants ont dit qu'ils consignent des renseignements sur le dispensateur de soins chez qui l'enfant habitait au moment du décès, beaucoup d'autres répondants ne recueillent aucun renseignement sur les antécédents de violence familiale, la violence envers l'enfant ou la victimisation par négligence, les interventions antérieures des services d'aide à l'enfance ou les démêlés avec la loi. Beaucoup de ces variables seraient utiles pour évaluer le risque et contribuer aux efforts de prévention. L'étendue de ces renseignements varie aussi en fonction de la nature de l'organisation ou de ses

priorités. Par exemple, les répondants de la police ont indiqué qu'ils recueillent de nombreux renseignements sur le dispensateur de soins seulement si celui-ci est soupçonné d'un crime.

Renseignements sur le perpétrateur - y compris sur la santé mentale, l'alcoolisme ou la toxicomanie, les antécédents criminels et les interventions antérieures des services d'aide à l'enfance. Plus de 20 p. 100 des répondants ont fait savoir qu'ils ne recueillent aucun renseignement sur le perpétrateur. Ceux qui en recueillent le font sans aucune uniformité. Dans l'ensemble, la police possède les renseignements les plus complets sur le perpétrateur.

Renseignements sur la famille - y compris le revenu familial, l'emploi, les frères et soeurs, toute incidence de violence envers les frères et soeurs, l'intervention des services d'aide à l'enfance dans le cas des frères et soeurs. Environ 27 p. 100 des répondants ont dit ne recueillir aucun renseignement sur la violence familiale, par exemple, des incidents antérieurs de violence ou de négligence envers des frères ou soeurs ou des incidents antérieurs de violence conjugale. La majorité des répondants (87 p. 100) ont dit qu'ils ne consignent aucun renseignement sur les antécédents de la famille en ce qui a trait aux services d'aide à l'enfance.

Renseignements sur les circonstances du décès - y compris la manière, la cause, l'endroit, les circonstances et la classification du décès de l'enfant; des détails sur les décès causés par les mauvais traitements et les facteurs de risque de décès. Les répondantes clés ont fourni une vaste gamme de catégories générales utilisées pour classer les décès d'enfants selon diverses causes. Le système de classification le plus souvent utilisé comprend cinq catégories : accident, homicide, suicide, cause naturelle ou indéterminé. La catégorie « indéterminée » comprend tous les « décès qui, en raison de l'insuffisance des éléments de preuve ou de l'incapacité d'établir autrement la cause du décès, ne peuvent pas hors de tout doute raisonnable être classés dans les catégories des morts naturelles ou accidentelles, des suicides ou des homicides » (note ajoutée à la réponse au questionnaire par le Bureau du Coroner en chef de la Colombie-Britannique, 1998).

Renseignements sur l'organisme - y compris les services d'aide à l'enfance, les corps policiers, les bureaux du médecin légiste ou du coroner et les intercesseurs pour les enfants. Les résultats du sondage reflètent l'orientation des différents systèmes utilisés pour recueillir des renseignements sur les décès d'enfants d'un bout à l'autre du pays. Plusieurs intercesseurs pour les enfants ont indiqué qu'ils s'intéressent beaucoup aux résultats de notre étude, mais qu'ils ne recueillent pas à l'heure actuelle de données sur les décès d'enfants. Les réponses obtenues des organismes officiels d'aide à l'enfance démontrent de grands écarts quant aux ren-seignements qui sont recueillis dans les diverses administrations. Cela rend difficile d'étudier les tendances nationales en ce qui a trait aux décès d'enfants et limite sérieusement la capacité des systèmes chargés de veiller au bien-être des enfants de communiquer efficacement entre eux et de partager de l'information sur les décès d'enfants.

Les enquêtes sur les décès d'enfants et les organismes d'examen existants au Canada

D'un bout à l'autre du pays, chaque province ou territoire a mis en place des processus pour faire enquête sur les décès d'enfants, en fonction de la législation provinciale ou territoriale et du Code criminel du Canada. Des procédures d'examen internes font partie intégrante de beaucoup d'enquêtes, afin de tenter de garantir l'efficacité des services et la conformité aux lois et aux politiques publiques. Récemment, on observe une tendance vers la mise en place d'équipes ou de comités d'examen multidisciplinaires, car les coroners et médecins légistes, les intercesseurs pour les enfants, la police et les professionnels de l'aide à l'enfance cherchent des moyens de répondre aux demandes du public en matière de reddition de comptes et d'efficacité des services.

À l'exception d'une seule province, des renseignements ont été obtenus dans chaque province ou territoire au moyen de questionnaires ou d'entrevues semi-structurés (ou les deux). Les différences observées dans la description des modalités en place dans les diverses administrations n'indiquent nullement qu'un processus est « meilleur » dans un endroit plutôt que dans un autre. Cela reflète plutôt le fait que les divers systèmes n'ont pas tous donné suite aux demandes d'entrevues et que ceux qui y ont donné suite ont répondu aux questions de façon plus ou moins détaillée. Il faut de plus préciser le sens du mot « enquête » qui s'applique dans différents services de coroner ou de médecin légiste à différents processus selon le contexte. Une enquête peut être le premier niveau d'enquête sur la mort d'un enfant. Le mot enquête peut aussi désigner une « inquest », c'est-à-dire une enquête judiciaire effectuée par le coroner ou un juge de la cour provinciale qui passe en revue des mémoires écrits. Une enquête désigne également une « enquête publique », qui est habituellement un processus d'une vaste portée allant bien au-delà des modalités de l'enquête judiciaire afin d'examiner les circonstances entourant la mort.

Constatations :

Critères pour les enquêtes par les services d'aide à l'enfance

On constate une diversité considérable entre les systèmes et les provinces pour ce qui est des méthodes utilisées pour examiner les décès d'enfants. Toutefois, un examen plus poussé révèle des différences pour ce qui est des cas de décès d'enfants qui sont choisis pour faire l'objet d'une enquête, de l'identité des participants à l'enquête et des objectifs du processus. Ces différences influent nécessairement sur l'ampleur ou la portée des examens ou des enquêtes effectués, mais les facteurs communs comprennent l'évaluation de la qualité des services fournis, en regard des lois et des normes applicables et des recommandations visant à remédier à toute lacune relevée. Le questionnaire a permis de faire ressortir qu'il n'existe aucune norme universelle pour ce qui est du choix des dossiers qui font l'objet d'un examen ou d'une enquête. Les réponses reçues des systèmes provinciaux et territoriaux d'aide à l'enfance permettent de relever les critères divergeants suivants pour le choix des dossiers faisant l'objet d'un examen :

Territoires du Nord-Ouest - Les décès de tous les enfants âgés de 8 à 16 ans (dans le cadre d'un examen effectué par un comité territorial)

Nouvelle-Écosse - Tous les enfants (âgés de moins de 16 ans) qui meurent à la suite de mauvais traitements pendant

qu'ils recevaient des services de la protection de l'enfance.

Nouveau-Brunswick - Tout enfant décédé (âgé de moins de 16 ans; de moins de 19 ans s'il était handicapé) qui était connu de la protection de l'enfance dans l'année précédant le décès ou qui était placé sous la tutelle du ministère.

Manitoba - Lorsque les parents, des frères ou soeurs ou l'enfant décédé lui-même (âgé de 17 ans ou moins) ont reçu des services d'un organisme d'aide à l'enfance dans les deux années précédant le décès de l'enfant.

Ontario - Tous les décès d'enfants âgés de moins de 18 ans qui avaient reçu des services d'une société d'aide à l'enfance durant l'année précédente, y compris les enfants décédés de cause naturelle.

Critères pour les enquêtes par les Bureaux du Coroner en chef ou du Médecin légiste en chef

Tous les coroners en chef et tous les médecins légistes en chef ont la capacité de réclamer la tenue d'une enquête ou d'une enquête juridique sur les décès d'enfants, lorsque les circonstances l'exigent. Les critères appliqués pour le choix des dossiers qui font invariablement l'objet d'une enquête par les Bureaux du médecin légiste en chef ou du Coroner en chef sont les suivants :

Colombie-Britannique - Tous les décès d'enfants (18 ans et moins) font l'objet d'un examen, après quoi une enquête est entreprise à divers niveaux du système.

Territoire du Yukon - Les décès d'enfants (de moins de 18 ans) ou il y a possibilité de prévention de décès sont l'objet d'une enquête ou enquête judiciaire. De plus, les décès d'enfants sont examinés s'il y a des questions auxquelles une enquête judiciaire pourrait répondre (par exemple, la cause du décès), s'il existe un besoin d'attraire l'attention du public sur ce type de décès ou si un tollé public réclame la tenue d'une enquête.

Alberta - Un examen quelconque (enquête ou enquête judiciaire) a lieu si le plus proche parent en fait la demande ou si la cause du décès est un acte de violence ou est inconnue. Tous les décès d'enfants (de moins de 18 ans) qui sont des pupilles du gouvernement font l'objet d'un examen.

Territoires du Nord-Ouest - Tous les décès d'enfants de moins de 16 ans sont examinés par le Bureau du Coroner.

Saskatchewan - Dès qu'un enfant (de moins de 18 ans) décède pour des raisons inexpliquées ou de causes non naturelles, la police fait enquête au nom du Coroner local ou du Coroner en chef.

Manitoba - Tous les décès de cause « non naturelle » ou « naturelle » d'enfants (de moins de 18 ans) font l'objet d'un rapport et d'un examen par un enquêteur du Bureau du médecin légiste ou par un médecin légiste. Les décès survenus pendant une opération

chirurgicale ou consécutifs à cette opération font l'objet d'un examen par un médecin légiste.

Ontario - Tous les décès d'enfants (de moins de 18 ans qui sont visés par une entente de service ou de moins de 16 ans autrement) qui recevaient des services de la protection de l'enfance au moment du décès, et tous les décès d'enfants de moins de deux ans sont examinés par le Bureau du coroner, de même que les décès d'enfants présentant un dossier complexe et à l'égard desquels la police, le Bureau du coroner ou d'autres organisations ou des membres de la famille ont des questions restées sans réponses.

Québec - Tous les décès d'enfants (de moins de 18 ans) qui sont morts de cause violente ou inconnue, y compris les accidents, les suicides et les homicides, font l'objet d'une enquête du Coroner.

Nouveau-Brunswick - Tous les cas de décès d'enfants (de moins de 19 ans) sont examinés par le personnel du Bureau du coroner en chef dans une optique d'enquête judiciaire.

Terre-Neuve - Tous les décès d'enfants sont passés en revue; la loi sur la protection de l'enfance définit « enfant » comme une personne de moins de 16 ans, mais la tutelle peut porter l'âge à 19 ans par une ordonnance du tribunal.

Les répondantes de Colombie-Britannique, de l'Ontario, du Manitoba, et des Territoires du Nord-Ouest ont dit que l'on a fait une analyse systématique des décès d'enfants afin de mieux comprendre les problèmes qui se posent à cet égard. L'examen en Colombie-Britannique a eu lieu initialement à la suite du décès d'un enfant en particulier[3], tandis que l'examen effectué en Ontario résultait des observations formulées par le Comité d'examen des décès d'enfants du Coroner en chef et des préoccupations exprimées par l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario. L'examen effectué au Manitoba a eu lieu à la suite d'un certain nombre de décès assez rapprochés d'enfants qui bénéficiaient des services de l'aide à l'enfance.

Les constations faites au moyen du questionnaire indiquent que l'on ne fait pas toujours appel à des équipes multidisciplinaires pour faire enquête sur les décès d'enfants. Plus de 70 p. 100 des répondants des services provinciaux ou territoriaux de l'aide à l'enfance et des bureaux du coroner ou du médecin légiste en chefs font appel à des équipes multidisciplinaires pour regarder certains cas choisis de décès d'enfants. Tous les intercesseurs pour les enfants qui ont le mandat de se pencher sur les décès d'enfants emploient une approche multidisciplinaire. Comme on peut le voir à la figure 6, c'est avec la police que l'approche multidisciplinaire est la moins employée pour étudier ce genre de cas.

Vue d'ensemble de la situation dans les provinces et les territoires en ce qui a trait aux décès d'enfants

Colombie-Britannique

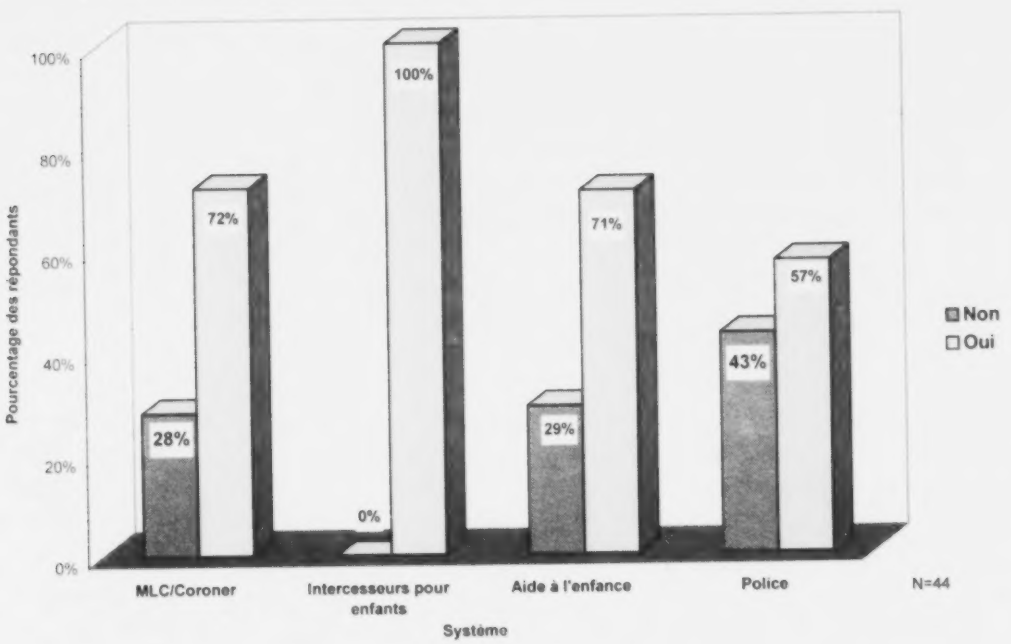
Le gouvernement de la Colombie-Britannique, donnant suite au rapport du juge Gove sur la mort d'un jeune enfant, Matthew Vaudreuil, qui a été tué par sa mère, a mis en place un système comportant de multiples paliers d'intervention pour garantir que les décès d'enfants soient examinés de près. La création du ministère de l'Enfance et de la Famille a été annoncée en septembre 1996,

fusionnant ainsi sous l'égide du même ministère tous les services (sauf l'éducation) associés aux enfants. La tâche de la Commission des enfants est d'évaluer les services gouvernementaux offerts aux enfants et aux jeunes de moins de 19 ans en Colombie-Britannique et de conseiller le gouvernement en vue d'améliorer ces services. Cela peut comprendre des enquêtes sur des cas de décès d'enfants, la Commission passant en revue les circonstances de la mort d'un enfant ou d'un adolescent en Colombie-Britannique. L'objet de cet examen est de faire des recommandations en vue d'apporter des changements qui pourraient aider des enfants et adolescents qui se retrouveraient dans une situation semblable. La Commission des enfants passe en revue tous les cas d'enfants et d'adolescents qui subissent de graves blessures alors qu'ils sont placés sous la garde du gouvernement, et recommandent des changements visant à mieux protéger ces jeunes personnes. (http://www.childservices.gov.bc.ca/work/investprocess.html)

Décès d'enfants

La Colombie-Britannique a un système de coroner chapeauté par un Coroner en chef, lequel est appuyé par des coroners régionaux et locaux. Les coroners locaux peuvent être des médecins ou des profanes. Environ 300 décès d'enfants font chaque année l'objet d'une enquête par le Bureau du coroner en chef. Le Bureau a mis en place des protocoles complets pour les enquêtes sur les décès de nourrissons, y compris une analyse toxicologique, une autopsie et un protocole relative au syndrome de mort subite du nourrisson. Tous les décès subits ou imprévus d'enfants font l'objet d'une enquête, de même que toutes les morts subites inexpliquées de nourrissons, tous les homicides et les suicides, en plus de certains cas de décès de cause naturelle à l'égard desquels aucun

Figure 6 **Utilisation d'équipes multidisciplinaires**



certificat de décès n'a été délivré par un médecin. Une caractéristique unique du processus d'enquête est la création de profils psychologiques de chaque enfant qui se suicide. La police locale ou la GRC aide les coroners à mener leur enquête sur ces décès aux termes de la loi provinciale sur le coroner. De plus, un agent de sûreté du coroner sert de liaison entre le Bureau du coroner et la police pour ce qui est de l'acheminement des renseignements et des formalités. Le Coroner en chef avise les Statistiques de l'état civil et la Commission des enfants de tout cas signalé de décès d'enfants. Le Coroner en chef est membre d'office du Comité consultatif de la Commission des enfants et participe au processus d'examen des décès de cette dernière.

Les coroners de la Colombie-Britannique sont aidés dans leur tâche par des membres des corps policiers municipaux ou de la GRC, aux termes des dispositions de la Loi sur le coroner. Sont automatiquement signalés au coroner tous les cas de mort subite d'un enfant (y compris les nourrissons morts subitement de causes inexpliquées) et tous les cas de décès d'enfants dont on constate après enquête qu'ils recevaient des services du ministère de l'Enfance et de la Famille. La collaboration entre la police et les services d'aide à l'enfance n'est pas obligatoire, mais une enquête conjointe peut avoir lieu si l'enquêteur de la police et le travailleur social chargé du cas sont d'accord. Un seul corps policier a exprimé des préoccupations relatives aux ressources policières déjà trop maigres et qui seraient mises à rude épreuve par toute exigence additionnelle relativement à la participation à des équipes multidisciplinaires d'enquête sur des décès d'enfants.

Enquêtes sur le décès d'enfants connues du ministère de l'Enfance et de la Famille

La Commission des enfants reçoit avis, aux termes de la Loi sur la Commission des enfants, du décès de tous les enfants, de trois sources différentes : le Coroner en chef de la province, le ministère de l'Enfance et de la Famille et le Service des statistiques de l'état civil. Les critères pour signaler ces décès sont : les décès de tous les enfants, y compris par accident, accident médical et mort violente, en plus de tout enfant pendant qu'il était placé sous la garde du gouvernement. Certains décès prévisibles sont aussi examinés dans l'optique de la prestation des services.

La Commission fait enquête sur environ 55 à 60 p. 100 des décès qui lui sont signalés, qu'ils soient prévus ou non, et cette enquête comprend l'examen de la vie de l'enfant autant que de son décès. Le but de l'enquête est de tirer des conclusions sur les services qui ont été fournis à l'enfant (et à la famille) par le ministère de l'Enfance et de la Famille, d'identifier des problèmes systémiques et de faire des recommandations en vue d'améliorer le service aux niveaux local et provincial.

Enquêtes sur les décès d'enfants

La Commission des enfants fait appel à un comité consultatif multidisciplinaire pour lui donner des conseils sur les rapports qui sont publiés. Le comité consultatif de la Commission comprend le Coroner en chef et des représentants des Premières nations de la Colombie-Britannique, des avocats, des pédiatres et des travailleurs sociaux, ainsi que des experts-conseils dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance. Aux termes de la Loi sur la Commission des enfants (Children's Commission Act), la responsabilité d'examiner les décès d'enfants incombe aux commissaires. À son tour, le Commissaire présente au comité consultatif, sous forme d'ébauche de rapport,

les résultats des enquêtes qu'il a menées. Les membres du comité font habituellement des commentaires dans leurs domaines de compétence respectifs, mais ils peuvent aussi commenter tous les aspects du dossier ou de l'enquête.

Les enquêtes sur les décès menées par la Commission font appel aux renseignements émanant de la police, des services d'aide à l'enfance, des hôpitaux, des dossiers médicaux, des dossiers scolaires, des dossiers judiciaires et des dossiers de santé mentale, en plus de ressortir tout renseignement additionnel nécessaire à l'enquête. Le Commissaire et le Commissaire adjoint de la Commission des enfants présentent une ébauche au comité consultatif qui se réunit cinq fois par année et qui se penche à chaque réunion sur de 20 à 40 dossiers. Durant les réunions, les membres du comité consultatif peuvent poser des questions sur l'enquête ou demander des détails supplémentaires. Une fois approuvée, l'ébauche de rapport est envoyée à tout organisme visé par les recommandations formulées dans le rapport. Une période de 30 jours permet aux organismes de répondre. La version finale du rapport comprend les réponses des organismes aux recommandations de la Commission. Au moment de la création de la Commission, on lui a présenté une liste de 190 décès sur lesquels elle devait faire enquête rétroactivement. La Commission publie son rapport annuel et ses rapports spéciaux d'enquête sur son site Web, à : www.childservices.gov.bc.ca. Toutes les enquêtes sur les décès sont publiées (dans une forme où les sujets non sont identifiable) à intervalles périodiques (habituellement plusieurs rapports à la fois).

Pour ce qui est du ministère de l'Enfance et de la Famille, la politique en matière d'examen des décès d'enfants exige que le personnel sur le terrain fasse rapport dans les 24 heures de toute fatalité impliquant un enfant qui recevait des services ou qui était sous la garde du ministère. Cela comprend tout enfant qui a reçu des services durant les 12 mois précédant son décès. Le ministère avertit immédiatement la Commission des enfants, en conformité de protocole écrit conclu avec ce bureau et avec le Bureau du coroner en ce qui a trait au partage des renseignements sur les décès d'enfants connus du ministère. Le ministère effectue alors sa propre enquête de chaque décès, par l'entremise du directeur de la Protection de l'enfance. Les pratiques du ministère sont examinées pour établir si les services avaient été fournis en conformité de la loi, des politiques et des normes. Le bureau du directeur fait un suivi de la mise en œuvre de ces recommandations. Copie de chaque rapport d'enquête est envoyée à la Commission des enfants.

L'intercesseur auprès des enfants de la province a fait savoir que le Bureau de l'intercesseur pour les enfants, les jeunes et la famille n'a aucun mandat en ce qui a trait aux décès d'enfants.

ALBERTA

Décès d'enfants

Le médecin légiste en chef de l'Alberta est averti de tous décès d'enfants pour des causes inexpliquées, y compris les décès de mort violente et tous les décès de pupilles de l'état. Les bébés qui meurent du syndrome de la mort subite du nourrisson sont considérés comme des décès « inexpliqués » tant qu'une enquête ne permet pas d'établir la cause exacte du décès. Le médecin légiste en chef de l'Alberta fait appel à la police pour faire enquête dans les régions rurales. Les enquêteurs du médecin légiste travaillent dans les grandes villes pour aider les médecins légistes de la province, qui

sont médecins.

L'enquête sur le décès d'un enfant de moins de quatre ans comprend invariablement une radiographie complète du corps et le prélèvement d'échantillons pour analyse toxicologique. Toutes les autopsies pédiatriques sont effectuées par des médecins légistes et sont automatiquement effectuées à l'égard de tous les nourrissons ou enfants dont la mort est inexpliquée (y compris les cas de syndrome de la mort subite du nourrisson, SMSM) ou pour laquelle il n'y a aucun témoin ni document. Le médecin légiste en chef transmet au ministère de la Famille et des Services sociaux, sur demande, les résultats de ces enquêtes sur les décès d'enfants.

Les dossiers de l'aide à l'enfance ne sont pas automatiquement examinés dans le cadre de l'enquête du médecin légiste. Des enquêtes publiques ont lieu dans tous les cas de décès d'enfants qui étaient placés sous la garde du ministère de la Famille et des Services sociaux. Le conseil des enquêtes médico-légales (Fatality Review Board), qui est composé d'un médecin, d'un avocat et d'un profane du Bureau du médecin légiste en chef qui agit à titre de quatrième membre d'office, passe en revue les dossiers de tous les décès d'enfants qui sont morts de causes non naturelles et peut recommander au ministère de la Justice qu'une enquête médico-légale publique ait lieu. Les enquêtes médico-légales ont lieu devant un juge de la cour provinciale qui est chargé d'établir l'identité du décédé, la cause médicale de la mort et les circonstances de la mort. Des recommandations peuvent être formulées dans un effort pour prévenir des morts semblables à l'avenir. Comme chaque enquête vise un cas particulier, il est plus difficile de s'attaquer aux problèmes systémiques.

Les services policiers de l'Alberta aident le médecin légiste en chef à faire enquête sur les décès à l'égard desquels on ne prévoit porter aucune accusation criminelle. Comme dans d'autres provinces, une fois qu'il est établi que des accusations criminelle seront probablement portées, la police doit entreprendre sa propre enquête en suivant ses propres protocoles. Le Bureau du médecin légiste demeure partie prenant et poursuit son enquête pour établir la cause et les circonstances du décès. Le Service de police d'Edmonton signale qu'il avise le directeur de l'Aide à l'enfance de tout cas confirmé ou soupçonné de décès d'enfants causés par des mauvais traitements. Le ministère provincial de la Famille et des Services sociaux participe à ces enquêtes, à moins que celles-ci mettent en cause une intervention de ce ministère. Le Service de police compte une unité de la violence envers les enfants qui met en branle l'enquête sur un enfant maltraité, quitte à confier le premier rôle à l'unité des homicides si l'enfant meurt. Dans les localités qui ne possèdent pas leur propre service de police, c'est la GRC qui assure ce service sous contrat. La GRC patrouille tout le nord de la province, qui représente les deux-tiers du territoire. La GRC aide le Bureau du médecin légiste à faire enquête sur les décès d'enfants qui ne sont manifestement pas accidentels; par exemple, la noyade d'un jeune enfant dans son bain ferait l'objet d'une enquête, de même que la mort par sous-alimentation d'un enfant qui relève de plusieurs dispensateurs de soins. Les membres de la GRC travaillent en étroite collaboration avec le ministère de la Famille et des Services sociaux dans les dossiers conjoints. Enquêtes sur les décès d'enfants dont les dossiers sont connus des Services provinciaux d'aide à l'enfance

L'Alberta se dirige vers un système d'autorités régionales qui seront chargés d'assurer la prestation des services d'aide à l'enfance à titre d'agents du ministère albertain de la famille et des services sociaux. Des

superviseurs hiérarchiques et des membres du personnel ont fait savoir aux chercheurs qu'il y a un processus d'examen interne au sein du ministère après la mort de tout enfant qui recevait des services d'aide à l'enfance de la province.

Un médecin, un avocat et un membre du grand public sont nommés au Conseil des enquêtes médico-légales de la province par le Lieutenant gouverneur, et le médecin légiste en chef siègent d'office à ce conseil. Le Conseil passe en revue tous les cas de morts accidentelles et inexpliquées et tous les décès qui ont lieu dans un établissement provincial ou qui mettent en cause un pupille de l'état.(http://www.gov.ab.ca/acn/199804/6128.html)

Enquêtes sur les décès d'enfants

Le Bureau du médecin légiste en chef envisage la création d'une équipe chargée de faire enquête sur les décès d'enfants, en tenant compte du fait qu'une telle équipe doit avoir un rôle clairement défini. De plus, le Bureau du MLC a déjà accès, au cas par cas, à des spécialistes non médicaux.

SASKATCHEWAN

Décès d'enfants

Le coroner en chef de la Saskatchewan est avisé (habituellement par la police, un médecin, l'hôpital, ou à l'occasion, par des citoyens) du décès d'un enfant dès que la cause n'est pas naturelle ou que le décès est imprévu. Le coroner en chef est avisé si le décès de l'enfant était prévu, est attribuable à des causes naturelles ou si un médecin remplit un certificat de décès.

Si la personne décédée avait moins de 21 ans, le Bureau du coroner avise le ministère des Services sociaux, lequel détermine si les services d'aide à l'enfance étaient en vigeur. Dans le cadre de l'enquête sur le décès des jeunes enfants, le Coroner en chef ordonne une radiographie complète du corps d'un enfant de moins de trois ans dans le cadre du processus de l'autopsie. Après avoir passé en revue le rapport du coroner local et du médecin légiste, le Coroner en chef peut ordonner de pousser l'enquête plus loin sur tout aspect présentant des anomalies ou des renseignements contradictoires. Les coroners de la Saskatchewan (médecins ou profanes) sont aidés par la police, y compris les services de police municipaux et la GRC, pour faire enquête sur le décès d'enfants aux termes de la Loi sur le coroner. Les coroners interviennent dès qu'ils sont avisés par la police du décès d'un enfant.

Enquêtes sur les décès d'enfants dont les dossiers sont connus des Services d'aide à l'enfance provinciaux

Le Bureau de l'intercesseur auprès des enfants a indiqué que le ministère des Services sociaux a ses propres politiques internes en matière d'enquête et réalise un rapport après le décès de tout enfant qui recevait des services. Une copie du rapport du ministère est envoyée au Coroner en chef. L'intercesseur est avisé du décès et reçoit un rapport sur l'implication du ministère. L'enquête de l'intercesseur met l'accent sur la qualité des services fournis et vise à déceler toute lacune ou défaut de conformité aux lois et normes applicables.

La police est habituée de mener des enquêtes en collaboration avec le ministère si l'enfant recevait des services ou si la cause du

décès semble être liée à des mauvais traitements. Si la Loi sur le coroner permet à elle seule de pénétrer dans un local pour y faire enquête, dès qu'il est le moindrement question d'une enquête criminelle, il faut obtenir un mandat pour recueillir des éléments de preuve. La GRC signale qu'elle applique son propre système d'enquête interne fondé sur un système indépendant et autogéré pour passer en revue ses actions après avoir fait enquête sur la mort d'un enfant. Des dossiers choisis dans différentes catégories de cas font l'objet d'une autovérification en conformité de procédure établie, en plus d'être assujettie à une revue divisionnaire.

Enquêtes sur les décès d'enfants

Pendant que l'on faisait les recherches pour rédiger le présent rapport, l'Intercesseur auprès des enfants de la Saskatchewan a publié son premier rapport sur la mort d'un enfant. En publiant ce rapport, l'Intercesseur pour les enfants a amorcé un processus visant l'examen « global et holistique » de la vie d'un enfant qui est mort à la suite de blessures subies pendant qu'il était placé sous la garde du ministère des Services sociaux. [4]

Tous les décès d'enfants qui recevaient des services du ministère des Services sociaux sont signalés à l'intercesseur pour les enfants. La loi habilitante, intitulée The Ombudsman and Children's Advocate Act, confère à l'intercesseur le pouvoir de déclencher une enquête et le bureau a élaboré des principes et un énoncé de mandat applicables aux enquêtes sur les décès d'enfants.[5] Un comité multidisciplinaire a été créé pour mener à bien la première enquête; il était formé d'enquêteurs du Bureau de l'intercesseur, d'un expert-conseil en application de la loi qui était membre d'une Première nation, d'un professeur de pédiatrie et du Coroner en chef, en plus de l'avocat de l'intercesseur.

Le Bureau de l'intercesseur est avisé des conclusions du Coroner en chef quant à la manière dont s'est produite une mort, c'est-à-dire à savoir si elle est inhabituelle ou suspecte. Le Bureau de l'intercesseur pour les enfants met alors en vigeur un processus comportant plusieurs étapes d'enquête et d'examen des résultats. Cela peut comprendre la mise sur pied d'une équipe multidisciplinaire. Si le président de l'équipe multidisciplinaire est satisfait du rapport, celui-ci est soumis à l'attention de l'intercesseur pour les enfants. L'ébauche finale est alors distribuée à tous les ministères et organismes du gouvernement qui sont visés par les recommandations et aux familles de l'enfant ou des enfants en cause. Une fois que les familles, les ministères et les organismes ont répondu au cours de la période de 30 jours prévue, le rapport peut être publié. Le Bureau de l'intercesseur pour les enfants fait un suivi de la mise en œuvre des recommandations.

L'intercesseur pour les enfants préside le Comité consultatif sur les décès d'enfants mis sur pied pour se pencher sur des questions de politique et de procédure en matière de décès d'enfants. Le Coroner en chef fait partie de ce comité qui est en train d'élaborer son propre mandat. Son but est de faire des recommandations au gouvernement sur les questions de politiques et systémiques associés aux décès d'enfants. Le Bureau du coroner en chef appuie les procédures d'examen des décès d'enfants en Saskatchewan, car celles-ci permettent de mieux comprendre et d'approfondir les questions associées aux décès d'enfants et d'améliorer le partage de l'information entre les divers dispensateurs de services. De plus, le comité est en mesure de faire part de ses préoccupations en ce qui a trait à l'éducation parentale et aux soins de jeunes enfants, notamment en ce qui trait à des mises

en garde concernant le fait de dormir dans le même lit, de trop couvrir un nourrisson ou d'abuser de médicaments en vente libre.

MANITOBA

Décès d'enfants

Au Manitoba, le Médecin légiste en chef est avisé du décès d'un enfant par la police, l'hôpital, les services médicaux d'urgence, les organismes d'aide à l'enfance ou par tout citoyen qui souhaite qu'un décès fasse l'objet d'une enquête. À son tour, le directeur de l'Aide à l'enfance fait savoir, à la demande du Médecin légiste en chef, si l'enfant en question, ses frères et sœurs, ses parents ou tuteurs ont reçu des services pendant les deux années qui ont précédé la mort de l'enfant. Toute mort subite, imprévue et non naturelle d'un enfant de moins de 18 ans fait l'objet d'une enquête qui va au-delà de l'enquête de base comportant les cinq questions fondamentales : « qui », « quoi », « où », « quand » et « comment ». De récents changements apportés au protocole d'enquête ont fait en sorte que tous les décès d'enfants intraopératoires et postopératoires feront l'objet d'une enquête par le Médecin légiste. À Winnipeg seulement, des enquêteurs du Médecin légiste (habituellement des infirmières diplômées) aident les médecins légistes du Manitoba. À l'extérieur de la ville, les médecins légistes reçoivent l'aide de la police.

Les autopsies d'enfants au Manitoba sont effectuées par des médecins légistes spécialisés en pédiatrie et les radiographies sont examinées par un radiologiste. Des tests toxicologistes sont faits systématiquement et des prélèvements sont effectués pour déceler les agressions sexuelles. De plus, tous les enfants de moins de deux ans font l'objet d'études métaboliques. Les autopsies sont des autopsies « complètes », car la Loi sur les enquêtes médico-légales du Manitoba exige que les trois cavités corporelles soient examinées. Les études toxicologiques peuvent donner des résultats surprenants. Par exemple, on a constaté que l'on avait administré à un nourrisson de quatre mois une faible dose de diazépan. Quand on a obtenu les résultats de ce test toxicologique, on a testé également un autre bébé de la même famille (né après la mort du nourrisson) et l'on a constaté que son sang contenait aussi une petite quantité de diazépan. Dans une affaire récente mettant en cause un très jeune nourrisson, les tests toxicologiques ont révélé une importante quantité d'un médicament en vente libre.

L'Unité de la violence envers les enfants du Service de police de Winnipeg participe aux enquêtes sur les décès d'enfants, quoique l'Unité des homicides assume le principal rôle si l'on croit que le décès est un homicide. Il existe une procédure d'examen interne pour les dossiers d'homicides et le Service de police peut aussi compter sur les services d'un analyste des déclarations, en plus des spécialistes habituels de la criminalistique. La police participe aux enquêtes multidisciplinaires de la province, car cela favorise la discussion des cas et réduit la possibilité qu'un élément pertinent soit laissé de côté pendant l'enquête. On a récemment apporté des modifications à la Loi sur les services à l'enfant et à la famille de la province, en réponse à des préoccupations qui avaient été exprimées au sujet de la confidentialité et des communications entre la police et les Services à l'enfant et à la famille. La GRC vient en aide aux médecins légistes dans les localités où il n'y a ni service de police municipale ni enquêteurs du Bureau du médecin légiste. Comme c'est le cas ailleurs au Canada, l'enquête prend une autre tournure si la GRC estime que des accusations criminelles soient portés. L'enquête du médecin légiste en chef est parallèle à l'enquête criminelle de la GRC, le médecin légiste étant chargé d'établir la manière

et la cause du décès.

Enquêtes sur les décès d'enfants dont les dossiers sont connus des Services d'aide à l'enfance de la province

La Loi sur les enquêtes médico-légales du Manitoba contient une disposition prévoyante l'examen confidentiel de tous les services dispensés à l'enfant décédé et à sa famille par tout organisme d'aide à l'enfance du Manitoba. Cet examen est fondé sur les normes provinciales pour les services d'aide à l'enfance et sur la Loi sur les services à l'enfant et à la famille. On examine les dossiers des organismes et l'on complète au besoin en faisant des entrevues des membres du personnel. Le rapport qui en résulte et les résultats ainsi que les recommandations qu'il renferme sont transmis par le médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille. Un changement a été apporté à la loi en avril 1999 pour permettre au médecin légiste en chef de publier des renseignements ne permettant pas d'identifier les personnes visées au sujet des recommandations contenues dans ces rapports. Les rapports du MLC sont transmis par le ministre des Services à la famille à la Direction du soutien de l'enfant et de la famille du ministère des Services à la famille, pour diffusion. La Direction du soutien transmet aux organismes concernés une copie des rapports et des échéanciers pour répondre ou donner suite aux recommandations. Le suivi des recommandations du MLC est effectué par la Direction du soutien de l'enfant et de la famille du ministère des Services à la famille. Le ministre des Services à la famille peut aussi recourir à des experts-conseils indépendants pour effectuer une vérification du service (en plus de l'examen exigé par le médecin légiste en chef) ou peut demander à des cadres supérieurs de la Direction du soutien de l'enfant et de la famille du ministère des Services à la famille de produire un rapport.

Décès d'enfants

Le Manitoba possède le plus ancien comité multidisciplinaire d'examen des décès d'enfants au Canada. Il a été constitué en 1992 par le Comité consultatif provincial de la violence envers les enfants et comprend un représentant de l'Unité de la violence envers les enfants du Service de police de Winnipeg, de la GRC, du Centre de la protection de l'enfant, du ministère des Services à la famille, ainsi qu'un médecin légiste pédiatre, un pédiatre représentant le Collège des médecins, un procureur de la Couronne et le conseiller aux Services à l'enfant et à la famille de l'Assemblée des chefs autotchones du Manitoba. Le comité est présidé par le Médecin légiste en chef et constitue un comité ad hoc du Bureau du MLC. Le comité examine tous les décès de causes non naturelles d'enfants et tous les décès d'enfants qui bénéficiaient des services d'un organisme d'aide à l'enfance. À l'origine, le comité a été constitué pour conseiller le MLC quant à la décision de ce dernier de déclencher une enquête judiciaire, mais il a évolué pour devenir un comité multidisciplinaire qui examine de façon approfondie tous les aspects entourant le décès d'un enfant. Les membres du comité font bénéficier le groupe de leur informations sur les dossiers et des décisions sont prises d'approfondir davantage l'étude, de déclencher une enquête judiciaire ou de tenter d'empêcher des décès semblables en communiquant les préoccupations du comité aux particuliers, aux organismes ou au gouvernement. Les recommandations du comité ne sont toutefois pas exécutoires.

L'examen multidisciplinaire des décès d'enfants bénéficie d'un appui généralisé au

Manitoba. Tous les répondantes se sont prononcés en faveur du processus, convaincus qu'il permet d'améliorer la communication, de renforcer la responsabilité et de déceler les décès causés par les mauvais traitements ou la négligence. Certains ont proposé que le comité, qui s'appelle Comité d'examen et d'enquête sur les enfants (Children's Inquest Review Committee - CIRC), doit se doter d'un mandat écrit et envisager de recruter des membres additionnels représentant le services de santé publique et de santé mentale.

L'intercesseur pour les enfants du Manitoba n'a aucun rôle qui lui est assigné en ce qui a trait aux décès d'enfants, à moins qu'un membre de la famille ou des médias demandent la participation de l'intercesseur. Ce dernier n'est pas officiellement avisé du décès d'un enfant, mais il peut demander et examiner les rapports du MLC et du directeur de l'Aide sociale à l'enfance sur les décès d'enfants ayant bénéficié de ses services. À la fin de l'examen, l'intercesseur peut faire des recommandations au ministre des Services à la famille. Dans des recommandations formulées récemment, on a demandé au ministre des Services à la famille de faire parvenir automatiquement à l'intercesseur tous les rapports du MLC et de rendre publiques les recommandations du MLC.

ONTARIO

Décès d'enfants

Le Coroner en chef est avisé de tous les décès d'enfants causés par des accidents, le suicide et l'homicide, ainsi que toutes les morts subites et imprévues d'enfants. Les sociétés d'aide à l'enfance signalent tous les décès d'enfants qui ont bénéficié des services d'aide à l'enfance au cours de l'année antérieure, y compris les décès de causes naturelles. Le Coroner en chef avise la police de tous les décès d'enfants, car il est arrivé à l'occasion que des décès causés par le syndrome subite du nourrisson ne leur ait pas été signalés.

Un réseau de huit coroners régionaux supervise le travail de 350 coroners locaux, qui sont tous médecins. Les coroners sont aidés dans leurs enquêtes par les services de police municipaux ou par la Police provinciale de l'Ontario (PPO). Quand un enfant décède, le coroner commence toujours son enquête en supposant que le décès est potentiellement un homicide. Si la cause provisoire du décès est le SMSN, l'enquête doit démontrer qu'il n'y a aucun autre facteur de risque, sinon le décès est classé comme étant de « cause inconnue ». Si la manière dont l'enfant est mort reste indéterminée, ressemble au SMSN et que l'enfant est âgé de moins de deux ans, le décès peut être classé comme mort subite inattendue. Dans le cas des enfants de moins de deux ans, on fait une autopsie avec radiographie complète et analyse toxicologique. Un radiologiste médico-légal examine les radiographies avant que le corps ne quitte la morgue, idéalement avant même l'autopsie. À l'avenir, quatre médecins légistes désignés feront l'autopsie de tous les enfants décédés avant l'âge de cinq ans.

Dans certaines circonstances, on peut renoncer à l'autopsie; par exemple, si l'enfant meurt à l'hôpital et que la maladie en phase terminale est bien documentée ou si les croyances religieuses de la famille imposent l'enterrement dans un délai prescrit. Toutefois, si des accusations sont envisagées ou qu'une autre organisation ou entité est en cause, on procède à l'autopsie. Comme dans la plupart des provinces canadiennes, on fait un test de dépistage d'agression sexuelle seulement si les circonstances indiquent que c'est nécessaire. (Le Manitoba est l'exception à cette règle, des prélèvements étant effectués automatiquement afin que l'on puisse ordonner des tests de dépistage ultérieurement, au besoin.)

Enquêtes sur les décès d'enfants connus des Services provinciaux d'aide à l'enfance

Six décès d'enfants qui ont fait les manchettes en Ontario ont entrainé d'importants changements au système provincial d'enquête sur les décès d'enfants, en particulier les enfants placés sous la garde des sociétés d'aide à l'enfance (SAE). Le Bureau du coroner en chef a créé en avril 1996 le Groupe de travail sur la mortalité juvénile en Ontario, de concert avec l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario et avec l'appui du ministère des Services communautaires et sociaux. Le Groupe de travail a publié son rapport initial dans le journal de l'Association des SAE et a publié un rapport de suivi sur ses recommandations.

L'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario est une organisme qui regroupe 52 des 55 sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario. L'Association ne s'occupe pas ordinairement de recueillir des données sur les décès d'enfants. Toutefois, étant donné le manque de connaissances et de renseignements précis sur les décès d'enfants en Ontario, l'Association, de même que le Bureau du coroner en chef et le ministère des Services communautaires et sociaux, ont recueilli des renseignements sur les enfants qui sont morts durant une période de deux ans, en 1994 et 1995. Les données recueillies sur le terrain ont formé la base des rapports du Groupe de travail sur la mortalité juvénile. Pour donner suite aux plus de 400 recommandations du Groupe de travail, le ministère des Services communautaires et sociaux met en œuvre un vaste programme de réformes de l'aide sociale à l'enfance, qui comprend notamment : un modèle obligatoire d'évaluation du risque et des normes intégrées pour tous les dossiers de protection de l'enfance, et la présentation d'un projet de loi visant à modifier la législation sur la protection de l'enfance. Par ailleurs, on créera, de concert avec l'Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario, une base de données provinciale interactive regroupant tous les dossiers de protection de l'enfance afin de faciliter les vérifications préalables, un cadre de financement rationnel et axé sur le volume pour les services de protection de l'enfance et une stratégie de revitalisation du placement en famille d'accueil. La province fournira aussi de la formation préalable à tous les nouveaux travailleurs sociaux de la protection de l'enfance, et leur administrera des tests pour vérifier leurs compétences, en plus d'exiger la formation permanente des employés de ce secteur.

Si le coroner estime que des mauvais traitements ou la négligence ont joué un rôle, la SAE compétente est avisée. Des représentants du ministère des Services communautaires et sociaux et du Bureau du coroner se réunissent chaque mois pour s'assurer qu'aucun décès d'enfants sous la garde des SAE n'a échappé au Coroner en chef. L'une des préoccupations constantes est l'accès par les SAE à l'information et aux diverses parties intéressées pendant une enquête criminelle.

Tous les répondants des organismes d'application de la loi ont décrit comme un processus positif l'enquête menée conjointement par la police et les organismes d'aide à l'enfance. Une préoccupation majeure était les contraintes de confidentialité imposées aux SAE lorsque la police demande des renseignements. Le soutien apporté aux services de police municipaux et urbains pendant leurs enquêtes sur les cas de violence envers les enfants varie grandement en fonction de la proximité d'un hôpital ou d'une université dotés d'un programme qui étudie la violence envers les enfants. Par exemple, la Police régionale de Hamilton-Wentworth a accès à toute une gamme de ressources par l'entremise de l'Université McMaster, et la police est bien informée au sujet des dossiers aux niveaux local

et provincial.

À la suite d'un décès d'enfant qui doit être signalé, la SAE compétente doit faire parvenir des renseignements sur les circonstances du cas au bureau local du ministère des Services communautaires et sociaux dans les 24 heures et le coroner doit aussi être avisé. Un rapport plus détaillé intitulé Questionnaire sur les décès d'enfants et autres incidents graves (Serious Occurrence and Child Fatality Survey) doit être envoyé dans les cinq jours au ministère et au Bureau du coroner. En remettant ces deux rapports, la SAE en question se trouve essentiellement à passer en revue sa conformité aux normes de pratique du ministère. Si l'on juge nécessaire de faire un examen interne plus poussé, un rapport est remis par la SAE au bureau local du ministère dans les 60 jours.

Le bureau local du ministère fait rapport à l'Administration centrale du ministère dans les 24 heures suivant le décès de l'enfant en utilisant un formulaire de rapport sur une « question controversée » . Le ministère reçoit les rapports de la SAE et les passe en revue pour déterminer s'il y a lieu de donner suite. La Direction des services à l'enfance du ministère consigne le décès dans le registre des décès d'enfants dans la semaine qui suit et reçoit chaque mois des renseignements sommaires sur les décès. Si un examen plus poussé se révèle nécessaire, le bureau régional reçoit l'examen obligatoire de la SAE dans les 60 jours. Le bureau régional effectue alors son propre examen, intitulé Rapport sur le décès d'un enfant, dans les 90 jours de l'examen interne. Le Bureau du coroner reçoit un rapport trimestriel du ministère sur les décès d'enfants qui relèvent des protocoles du ministère en ce qui a trait aux rapports. Le ministère a le choix de demander à une tierce partie de faire un examen indépendant de la conformité aux normes. Cet examen peut résulter en des recommandations au ministère en ce qui a trait aux SAE ou d'autres organismes et le ministère peut exiger que la SAE s'y conforme. (L'examen par une tierce partie des clients des services d'aide à l'enfance est automatique en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba.) En ce qui a trait aux décès d'enfants, le ministère tient surtout à s'assurer, en plus de faire des efforts pour empêcher des décès semblables à l'avenir, que la qualité des activités de la SAE soit maintenue, que tout soit conforme à la législation et aux normes et que l'interaction avec les autres systèmes se fasse en conformité des protocoles existants.

Enquêtes sur les décès d'enfants

En 1991, le Bureau du coroner en chef a constitué un comité médical chargé d'examiner les décès d'enfants. Le comité a mis au point un protocole d'enquête sur les décès d'enfants et s'est montré de plus en plus préoccupé par le nombre élevé de décès d'enfants qui bénéficiaient des services d'aide à l'enfance. Ce comité a contribué à mettre sur pied le Groupe de travail sur la mortalité juvénile en Ontario. Il s'est ensuite transformé en un comité multidisciplinaire appelé le Comité d'examen des décès d'enfants (Pediatric Death Review Committee) et il comprend un pédiatre et un médecin légiste pédiatre. Il est présidé par le coroner en chef adjoint et compte d'autres experts de la protection de l'enfance, notamment le directeur exécutif de l'Association des sociétés d'aide à l'enfance, des membres des corps policiers possédant une expertise dans la violence envers les enfants et l'homicide, un expert de l'aide sociale à l'enfance et un procureur de la Couronne qui se spécialise dans les poursuites intentées dans les affaires de violence envers des enfants. L'un des membres rédige sous forme d'ébauche un résumé du dossier et, après discussion, un rapport collectif est remis. Le groupe examine

de 8 à 10 cas par mois et les cas « très suspects » peuvent faire l'objet d'une étude préliminaire et d'une étude plus poussée ultérieurement, une fois l'enquête criminelle terminée. On demande aux organismes ou ministères visés de répondre aux recommandations du comité, mais les effectifs réduits limitent sévèrement la capacité du comité de faire le suivi de ces recommandations.

L'une des recommandations formulées par le Groupe de travail sur la mortalité juvénile en Ontario a été de mettre sur pied un processus coordonné pour les rapports, l'examen et l'analyse des décès d'enfants. Cet effort coordonné doit mettre en cause la société d'aide à l'enfance, le ministère des Services communautaires et sociaux et le coroner. L'Association des sociétés d'aide à l'enfance travaille avec le ministère et le coroner en chef pour obtenir l'uniformisation des rapports à ce sujet. On espère qu'avec le temps, on pourra établir un processus d'examen des décès d'enfants comportant une plus grande participation locale. Si l'Association des SAE n'a aucune base de données interne, l'établissement d'une base de données provinciale permettra de recueillir en permanence toutes les données pertinentes sur les décès d'enfants.

Les membres de corps policiers municipaux entrevués ont dit clairement que le processus d'examen des décès d'enfants s'est amélioré au niveau provincial depuis la création du comité multidisciplinaire.

Au sujet des procédures d'enquête, le ministère des Services communautaires et sociaux a dit croire que la mise en place d'un processus d'enquête sur les décès d'enfants au niveau local pourrait renforcer la notification et permettrait d'obtenir des améliorations plus immédiates aux pratiques en vigueur. Le ministère a fait remarquer que beaucoup d'intervenants répugnent à aborder même la question des décès d'enfants. La mise en place de normes plus claires et l'amélioration des modèles de charge de travail sont des préoccupations constantes du ministère en ce qui a trait aux décès d'enfants.

QUÉBEC

Décès d'enfants

L'actuel système de coroner au Québec a été établi en 1986, après 15 années d'étude des systèmes existants. L'étude a eu une portée internationale et les changements proposés étaient de grande envergure, mais le plan n'a pas été réalisé au complet en raison de compressions budgétaires. Le coroner en chef du Québec dirige un système qui comporte deux filières de coroners : les premiers, sont les enquêteurs, dont la majorité sont médecins tandis que d'autres sont avocats ou notaires; et les deuxièmes, les coroners judiciaires qui, aux termes de la loi, doivent posséder une formation juridique. Le rôle et les fonctions des deux types de coroners sont identiques, à savoir d'établir les causes médicales et les circonstances du décès, de faire des recommandations et au besoin de produire un rapport public. Les moyens de le faire sont toutefois différents : le coroner judiciaire a le pouvoir additionnel de citer des témoins à comparaître et mène son enquête selon une procédure plus officielle, quasi judiciaire, et cette enquête doit être publique. Ce système garantit l'uniformité de la formation et fait en sorte que le processus des enquêtes sur les décès au Québec est à la fois uniforme et structuré. En particulier, les coroners qui président à des enquêtes judiciaires sont en mesure de conserver en tout temps la neutralité et de respecter les procédures voulues, grâce à leur formation juridique, mais par ailleurs, ils connaissent aussi les dossiers de santé publique

étant donné leur formation et leur expérience à titre de coroner.

Les décès d'enfants résultant de causes violentes ou inconnues doivent être signalés par la police, les hôpitaux et les autres citoyens au coroner du district où le décès a eu lieu. Cela comprend un vaste éventail de décès : accidents, suicides, homicides et décès pour cause inconnue. Étant donné qu'il y a eu certains malentendus et défauts de faire rapport dans certains cas, le coroner en chef envisage actuellement de publier une directive visant à définir plus clairement les décès devant être signalés. Les décès pour causes de maladies ou naturels ne devront pas obligatoirement être signalés, à moins que le médecin soignant soit incapable de remplir le certificat de décès pour indiquer la cause médicale probable du décès. La police du Québec, y compris les services de police municipaux et la Sûreté du Québec, aide les coroners à mener leur enquête. S'il est nécessaire de faire une enquête criminelle, l'enquête du coroner se poursuit parallèlement à celle de la police. Il est faux de croire que le coroner n'a aucun rôle à jouer dans une enquête criminelle en vertu de son mandat. En fait le coroner est le seul à avoir le droit d'autoriser l'enlèvement du corps de la scène et d'ordonner une autopsie. Le coroner en chef est une entité presque complètement indépendante aux termes de la nouvelle loi, car le gouvernement provincial et l'exécutif ne conservent essentiellement aucun pouvoir de gestion directe, sauf le pouvoir de recommander et de mettre en nomination des candidats aux postes de coroner et de formuler certains règlements après consultation avec le Coroner en chef.

Enquêtes sur les décès d'enfants

En 1997, le coroner en chef a créé deux équipes multidisciplinaires d'enquêtes sur les décès d'enfants. La première est située à Québec et s'occupe de tous les décès d'enfants dans la partie est de la province, y compris la partie est du Québec septentrional. L'autre équipe est à Montréal et fait enquête sur tous les cas survenus dans la partie ouest de la province. Les deux équipes se réunissent mensuellement et comptent sur les rapports du coroner comme principale source d'information. On consulte les listes de l'État civil pour s'assurer que tous les cas devant signalés sont bels et bien examinés. Les critères de sélection des cas comprennent les décès de cause non naturelle de tout enfant jusqu'à l'âge de cinq ans. Les comités envisagent de faire un examen préalable de tous les décès accidentels afin d'éliminer ceux à l'égard desquels il n'y a aucun soupçon de mauvais traitements. Tous les décès attribuable au syndrome de mort subite du nourrisson sont examinés. À titre d'exemple de l'intervention du comité pour aider à assurer que tous les décès soient rangés dans la bonne catégorie, le coroner adjoint a signalé que le comité avait des doutes au sujet d'un cas de décès imputé au SMSN, en raison de certains éléments qui s'ajoutaient à la présence d'une petite quantité d'acétaminophène décelée dans l'analyse toxicologique. Une enquête plus poussée a été réclamée et, en fin de compte, l'un des parents a avoué avoir asphyxié le bébé.

Les deux comités sont établis selon des modèles semblables. Les deux sont présidés par des pédiatres experts en violence envers les enfants, qui tous les deux pratiquent la médecine dans un grand hôpital pour enfants : l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal et l'Hôpital universitaire de Québec. Le coroner adjoint siège au comité de Québec et un coroner à plein temps fait partie de l'autre comité à Montréal. Chacun des deux comités compte un membre de la Sûreté du Québec, le Service de police provincial, et celui de Montréal compte en plus un membre du le Service de police de la communauté urbaine de Montréal, la SPCUM. Les deux comités comptent des membres du Service d'aide à l'enfance; celui de Montréal compte aussi un représentant de

Batshaw, l'organisme anglophone d'aide à l'enfance. Le comité de Montréal comprend un médecin légiste du Laboratoire médico-légal, le principal laboratoire de criminalistique de la province, qui peut aussi conseiller le comité de Québec. En juin 1997, à l'occasion d'une réunion conjointe, les comités ont recommandé au coroner en chef et au ministre de la Justice que les comités deviennent un élément permanent du service de coroner au Québec. Cette recommandation a été acceptée par le gouvernement du Québec.

Le Bureau du coroner a également apporté d'autres changements cette année pour améliorer les enquêtes sur les décès d'enfants. Depuis 1994, la majorité des autopsies d'enfants ont été effectuées par des médecins légistes de l'Hôpital pour enfants Sainte-Justine de Montréal ou de l'Hôpital universitaire de Québec. Cela a permis au coroner en chef d'instituer un protocole et des contrôles de qualité pour les autopsies. Si la violence semble avoir joué un rôle dans la cause du décès, l'autopsie a lieu à Montréal. Dans les cas évidents de mort accidentelle, l'autopsie peut avoir lieu dans un hôpital local.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Décès d'enfants

En Nouvelle-Écosse, le médecin légiste en chef fait enquête sur la mort de tout enfant aux termes de la Loi sur les enquêtes médico-légales. Les répondantes nous ont avisé que cette loi est vieille, n'est pas suffisamment précise quant aux décès qui doivent être signalés et ne dit mot des décès d'enfants qui reçoivent des services du ministère provincial qui s'occupe de l'aide à l'enfance. Une autopsie est effectuée dans les cas où l'on s'interroge sur la cause du décès et lorsqu'il y a blessure, en particulier s'il n'y a aucun témoin de l'acte de violence ou de la façon dont la blessure a eu lieu. Il n'existe aucun protocole pour les autopsies d'enfants. C'est le médecin légiste qui détermine ce qui est nécessaire et il peut effectuer des recherches plus approfondies si la cause du décès est suspecte. Le Bureau du médecin légiste en chef n'a aucune procédure d'examen interne dans les dossiers de décès d'enfants, mais il participe aux efforts actuellement déployés pour établir en Nouvelle-Écosse un système multidisciplinaire pour enquêter sur les décès d'enfants. Dans l'intervalle, si l'on sent le besoin d'aller au-delà d'une enquête ordinaire, le médecin légiste en chef a le pouvoir de demander la tenue d'une enquête publique.

La GRC en Nouvelle-Écosse a son propre processus d'examen interne en cas de décès d'enfants. Le Médecin légiste en chef est avisé de tous les décès d'enfants qui sont signalés à la GRC. La Loi sur les enquêtes médico-légales stipule que les services de police doivent obligatoirement aviser le MLC de tout décès d'enfants, mais n'oblige pas à communiquer avec les services sociaux. La GRC a de bonnes relations de travail avec le MLC et l'information circule bien entre les deux. La GRC estime qu'il y aurait quand même moyen d'améliorer le partage d'information afin de renforcer l'efficacité des enquêtes sur les décès d'enfants. L'informateur était moins catégorique au sujet des enquêtes multidisciplinaires sur les décès d'enfants, estimant qu'il faudrait que l'affaire ait terminé son cours devant les tribunaux avant que l'on puisse étudier le dossier. On a dit craindre que le fait d'examiner un cas en même temps que l'enquête criminelle se poursuit pouvait donner l'impression d'ingérence et susciter des problèmes de responsabilité.

Enquêtes sur les décès d'enfants connus des

Services provinciaux d'aide à l'enfance

Le ministère des Services communautaires de la province mène sa propre enquête lorsqu'un enfant décède alors qu'il recevait des services, qu'il était placé sous la garde la province ou si le décès est attribuable aux mauvais traitements. Cette enquête est parallèle à celle de la police et à celle du Médecin légiste en chef. Le ministère consulte les rapports de la police et du médecin légiste pour établir s'il sera nécessaire de faire rapport au directeur de l'Aide à l'enfance. Si le décès répond aux critères ci-dessus et si la cause du décès est suspecte (toute cause non naturelle ou le SMSN), une enquête est déclenchée. Des enquêteurs sur le terrain travaillent de concert avec la police dans le cadre d'un protocole conjoint et remettent un rapport qui inclut les rapports de la police et du médecin légiste. Si le ministère juge que les conclusions du rapport sont problématiques, une enquête interne peut avoir lieu. Le directeur de l'Aide sociale à l'enfance, le coordonnateur provincial de la protection de l'enfance, un administrateur régional, un spécialiste régional de l'aide à l'enfance et un pédiatre (lorsqu'il est nécessaire de consulter un médecin) signent un rapport au sous-ministre, qui peut déclencher une enquête indépendante. On décide au cas par cas s'il y a lieu de mener une telle enquête. On met l'accent sur les interventions de l'organisme d'aide à l'enfance visée et l'on présente un plan d'action et des recommandations. Le plan d'action est conçu pour remédier à tout aspect qui a été jugé problématique à l'issue de l'enquête interne. Les recommandations ne sont pas exécutoires, mais l'organisme d'aide à l'enfance est tenu responsable s'il ne respecte pas les lignes directrices du ministère pour les services de protection de l'enfance.

La législation provinciale en matière d'aide sociale à l'enfance ne comporte aucun mécanisme de rapport obligatoire en cas de décès d'enfants et est très contraignante pour ce qui est de la diffusion de l'information. Les ministère des Services communautaires de Nouvelle-Écosse appuie le concept de l'enquête multidisciplinaire sur les décès d'enfants et a examiné le fonctionnement des divers comités établis ailleurs au Canada. La mise en place de méthodes de travail en équipe pose un problème dans cette province où il existe une forte tradition de systèmes indépendants, chacun ayant ses propres mécanismes d'enquête et de rapport.

La police participe aux enquêtes conjointes avec le ministère des Services communautaires lorsqu'un enfant connu des services de protection de l'enfance meurt d'une cause non naturelle ou du SMSN. Quand elle enquête sur la mort d'un enfant, la police vérifie auprès des « services sociaux » pour établir s'il existe un dossier à ce nom, mais les répondantes ont reconnu que, si la famille semble bien fonctionnelle, on ne fait pas nécessairement cette vérification. Il n'y a aucun mécanisme de vérification ou de rapport obligatoire à l'heure actuelle. Le protocole en vigueur n'exige pas que la police assiste à l'autopsie, à moins que les circonstances ne l'imposent. Un représentant du ministère de la Justice fait partie du comité d'examen des décès d'enfants évitables (Preventable Child Death Review Committee - PCDRC) pour représenter les organismes d'application de la loi. La police ne fait pas partie du comité à l'heure actuelle. En réponse à une question sur les enquêtes conjointes en cas de décès d'enfants, un informateur de la police a fait observer que l'on adopte quand même une approche de travail en équipe, étant donné les efforts déployés pour travailler en collaboration avec les services sociaux, le Médecin légiste en chef, et tout autre

corps policier de la province.

Enquêtes sur les décès d'enfants

En 1998, la province a institué le Comité d'examen des décès d'enfants évitables. Ce comité s'attarde principalement aux questions de politiques, à la création de comités d'examen des décès d'enfants, à la collecte de données et au protocole standardisé pour les enquêtes sur les décès. Bien que le comité lui-même ne fait pas enquête sur les décès, il reçoit les rapports sur tout décès d'enfant qui avait un dossier au Service d'aide sociale. Le comité comprend le directeur de la Santé de la province, le médecin légiste en chef, le directeur de l'Aide sociale à l'enfance, le coordonnateur provincial des Services de protection de l'enfance, l'administrateur des Services à la famille et à l'enfant, un représentant du ministère de la Justice et le directeur du Travail social à l'Hôpital pour enfants, ainsi qu'un pédiatre spécialiste de l'Hôpital pour enfants. La Nouvelle-Écosse aura un intercesseur pour les enfants au Bureau de l'ombudsman à partir de 1999. On n'a pas précisé si cet intercesseur aura un rôle quelconque à jouer dans les dossiers de décès d'enfants.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Décès d'enfants

Au Nouveau-Brunswick, le décès d'un enfant est signalé au coroner en chef ou au coroner local lorsque la mort est subite ou inattendue ou si elle a lieu dans des conditions telles que, selon le coroner, il y a lieu de faire enquête sur la cause ou les circonstances du décès.[6] Le coroner ou la police qui assiste le coroner aux termes des dispositions de la Loi sur le coroner vérifie la situation de la famille auprès du ministère provincial de la Santé et des Services communautaires pour savoir s'il y a lieu de faire rapport à ce ministère. Une autopsie complète est effectuée dans le cas de tout décès d'enfants qui doivent être signalé et le coroner exige alors une radiographie complète du corps. Des études toxicologiques sont faites automatiquement au laboratoire de la GRC et la province compte sur les services de quatre ou cinq médecins légistes pour faire enquête sur les décès d'enfants.

Une fois que le rapport d'autopsie est terminé et que d'autres rapports ont été reçus, le coroner décide s'il y a lieu de faire une enquête judiciaire. Le ministère provincial de l'Aide à l'enfance achemine parfois des rapports sur les circonstances entourant le décès d'un enfant, mais les problèmes de confidentialité continuent de susciter des préoccupations. Le coroner local transmet à son supérieur immédiat une recommandation en vue de la tenue d'une enquête judiciaire. À partir de là, le dossier est examiné par le chef de service et ensuite par le Coroner en chef. Ce dernier peut compter sur un comité d'enquête du coroner, qui comprend deux cadres supérieurs du Service du coroner et qui peut donner des conseils dans les cas controversés. Les enquêtes judiciaires sont présidées par un coroner et un jury de cinq personnes choisies de la liste des électeurs.

Enquêtes sur les décès d'enfants connus des Services provinciaux d'aide à l'enfance

Le ministère de la Santé et des Services communautaires de la province est avisé de tout décès d'enfant de moins de 19 ans qui avait reçu des services de l'aide à l'enfance pendant l'année précédant le décès. Le directeur régional peut, à sa discrétion, faire enquête sur tout décès survenu dans des circonstances suspectes, ou si l'on soupçonne qu'il y a eu mauvais traitements ou si l'intérêt public est en jeu. Lorsque la cause du décès n'est pas claire, une enquête a habituellement lieu. L'enquête interne se fait dans les 30 jours et

est transmise à un bureau central de l'aide à l'enfance, et ensuite à un comité d'examen des décès d'enfants. L'examen met l'accent sur les services qui ont été fournis à l'enfant par le ministère. À l'avenir, le Service d'aide à l'enfance sera relié par ordinateur au réseau informatique de santé publique et de santé mentale.

Le Service de police de Fredericton compte une unité des services à la famille qui s'occupe directement des services sociaux dans les dossiers mettant en cause des enfants connus des services sociaux. Cette unité relève de la Division des crimes graves de la police et est habituée à travailler en équipe avec d'autres disciplines. La Division des crimes graves fait enquête sur tous les décès d'enfants, mais lorsque le décès survient après une maladie en phase terminale, l'enquête ne prend pas nécessairement la même ampleur. Une enquête interne a lieu après toute enquête sur le décès d'un enfant, y compris un debriefing à l'intention des policiers qui ont mené l'enquête.

Enquêtes sur les décès d'enfants

Le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick a créé en 1998 un comité d'enquête sur les décès d'enfants. Un juge à la retraite de la cour provinciale préside ce comité, qui comprend un agent de police, un pédiatre, un professeur de travail social à l'université et un représentant du Bureau du coroner en chef. Le Comité d'examen des décès d'enfants a été chargé par le ministère de la Santé et des Services communautaires de faire enquête sur le décès de tout enfant de moins de 19 ans qui avait un dossier aux services d'aide à l'enfance durant l'année précédant le décès. La loi provinciale a été modifiée pour permettre à ce comité d'avoir accès aux documents. Un rapport est rédigé à la fin de chaque enquête et des recommandations sont présentées au ministre responsable des services d'aide à l'enfance. Les recommandations qui traitent des « protocoles, politiques, procédures, normes et lois pertinentes; de la coordination des services avec les intervenants compétents; et d'éventuelles améliorations aux services à l'enfance » sont rendues publiques et le ministre doit répondre en les 45 jours.[7] Si l'enfant en question ne relève pas de ce mandat, le Bureau du coroner en chef est chargé de faire enquête sur son décès. Les recommandations formulées par le Comité d'enquête sur les décès d'enfants et par le Coroner en chef en ce qui a trait aux décès d'enfants ne sont pas exécutoires. Les recommandations formulées par le Coroner en chef sont comprises dans le rapport annuel publié par son Bureau.

TERRE-NEUVE

Décès d'enfants

L'informateur de Terre-Neuve qui a été entrevué était un représentant du Service de police de Terre-Neuve, surnommé Royal Newfoundland Constabulary. Ce corps policier vient en aide au médecin légiste en chef pour faire enquête sur les décès non criminels d'enfants, en plus de faire enquête sur les décès aux termes du Code criminel du Canada. Il y a trois ans, le système provincial d'enquêtes médico-légales a été réorganisé et le poste de médecin légiste en chef a été créé aux termes de l'Acte du médecin légiste. Tous les décès mettant en cause une forme quelconque de violence contre des enfants doivent être signalés par la police aux autorités provinciales d'aide à l'enfance. La police provinciale participe à des séances de formation sur la violence envers les enfants, conjointement avec les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance.

La police ne fait pas enquête sur les

décès dus à des causes naturelles, mais l'unité des crimes graves fait enquête, pour le médecin légiste en chef, sur toutes les morts accidentelles et suspectes (y compris les cas de SMSN). Le MLC détermine s'il y a lieu de faire une autopsie et décide quels tests sont nécessaires. Un examen interne de l'enquête policière a lieu avant que le dossier soit classé afin de s'assurer que l'on a respecté toutes les politiques, procédures et lois pertinentes. Dans le cas des homicides, un procureur de la Couronne et le MLC participent à l'étude du cas. La police provinciale est en train de mettre sur pied un nouveau système de gestion des données. Le Service de protection de l'enfance participe davantage que dans le passé à des enquêtes conjointes avec la police sur les décès d'enfants, après qu'on ait découvert que ce service et la police faisaient chacun de leur côté des enquêtes qui se chevauchaient. L'informateur n'était pas au courant d'un projet quelconque de constitution d'équipes multidisciplinaires d'enquêtes sur les décès d'enfants à Terre-Neuve.

■ Enquêtes sur les décès d'enfants

■ Dans sa réponse au questionnaire, le médecin légiste en chef a indiqué qu'il existe un processus d'enquête interne pour tous les décès d'enfants. Des recommandations sont formulées après chaque enquête en vue d'empêcher des décès semblables à l'avenir. Une analyse des décès d'enfants ayant fait l'objet d'une enquête par le bureau du médecin légiste en chef est actuellement en cours en vue de publication et d'examen par les pairs.

TERRITOIRE DU YUKON

Décès d'enfants

Dans le Territoire du Yukon, le coroner en chef est avisé par la GRC ou les hôpitaux (et les postes de soins infirmiers) en cas de décès d'enfants. Bien que l'avis ne soit pas obligatoire, le coroner en chef demande l'aide de la police pour faire enquête et avise les Services à la famille et à l'enfance du ministère de la Santé et des Services sociaux pour établir si l'enfant ou la famille bénéficiaient de services quelconques. Aux termes de la Loi sur le coroner, les décès d'enfants attribuables à des causes naturelles comme la maladie ou les décès prévisibles dont la cause est flagrante ne doivent pas obligatoirement être signalés. Des coroners profanes aident le coroner en chef à remplir ces fonctions. Il existe de bonnes relations de travail entre le coroner en chef de la Colombie-Britannique et le coroner en chef du Yukon, ce qui facilite la consultation entre les deux bureaux pour les dossiers difficiles.

La décision de porter ou non des accusations criminelles à la suite d'un décès est prise en concert avec la GRC. Le coroner en chef n'accepte pas d'autopsie partielle dans le cadre d'enquêtes sur un décès. Les corps sont envoyés à Vancouver pour subir une autopsie par un médecin légiste. L'hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique s'occupe des autopsies en conformité d'un protocole qui inclut une radiographie complète du corps ainsi que tout test que le médecin légiste estime nécessaire. Il existe aussi un protocole applicable aux autopsies des nourrissons dont on soupçonne qu'ils peuvent être morts du SMSN. Le coroner en chef examine chaque cas et prend la décision de tenir ou non une enquête judiciaire. Le coroner en chef du Yukon a le choix entre deux types d'enquêtes, appelées respectivement « Jugement de renseignement » et « enquête judiciare ». Dans le premier cas, il s'agit d'une enquête sur dossier qui consiste à passer en revue les déclarations et les documents au dossier. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une enquête judiciaire présidée par un coroner et dans laquelle un jury entend des témoignages et fait des recommandations. Le

coroner en chef appuie le concept d'équipe multidisciplinaire pour faire enquête sur les fatalités, mais à cause du petit nombre de décès d'enfants au Yukon, il n'est pas pratique de mettre sur pied une telle structure.

La GRC est le service de police du Yukon et vient en aide au coroner en chef et aux coroners profanes du territoire pour faire enquête sur les décès d'enfants. La GRC est avisée de tous les décès d'enfants, y compris lorsque le décès est prévisible, quoique la GRC ne fait pas enquête dans ces derniers cas. Tout décès qui fait l'objet d'une enquête est considéré comme un homicide jusqu'à preuve du contraire. Les décès qui semblent purement accidentels, par exemple dans le cas des accidents d'automobiles, sont examinés pour déceler tout facteur qui aurait contribué à l'accident. Le Service des enquêtes générales de la GRC est à la disposition des gendarmes en poste dans de petites localités pour les aider dans leurs enquêtes, mais bien souvent, l'enquêteur n'a pas trop de mal à découvrir ce qui s'est effectivement passé, en raison de la petite population de la localité (les villes de 200 ou 300 habitants sont nombreuses). À la fin d'une enquête sur un décès d'enfant, le commandant du détachement ou le commandant du Service des enquêtes générales passe en revue le dossier. Les protocoles de la GRC pour d'aider le coroner en chef ont été simplifiés. Toutefois, si le coroner en chef demande que des mesures particulières soient prises, par exemple durant une enquête sur un cas de SMSN, la GRC s'efforce dans la mesure du possible de donner suite à sa demande. La GRC ne discerne pas dans l'immédiat le besoin de mettre en place tout autre mécanisme, car il y a de bonnes relations de travail entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, le coroner en chef et la GRC.

Le Yukon ne possède pas d'organisme multidisciplinaire d'examen des décès d'enfants.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Décès d'enfants

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) font appel à un réseau de coroners profanes pour faire enquête sur les décès d'enfants qui sont signalés au coroner en chef. Le service est en liaison avec le Bureau du médecin légiste en chef de l'Alberta qui peut lui donner un soutien technique. La Loi sur le coroner définit les cas qui doivent être signalés comme tout décès subi et inattendu, tandis que les maladies mortelles et les décès prévisibles ne sont pas obligatoirement signalés. La police et les hôpitaux (ou postes de soins infirmiers) avisent le coroner en chef des décès. Même si ce n'est pas obligatoire, le coroner vérifie auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour établir si ce ministère a un dossier sur la famille. Si tel est le cas, le dossier peut faire l'objet d'une discussion en vue d'empêcher des décès semblables à l'avenir. L'enquête du coroner est axée sur les cinq questions fondamentales entourant le décès de l'enfant (qui, quoi, où, quand, comment). Un médecin légiste de l'Alberta fait les autopsies pour le coroner des T.N.-O. Il peut arriver, pour des raisons majeures, que l'autopsie d'un enfant soit effectuée par un médecin légiste spécialisé en pédiatrie à Winnipeg ou à Toronto, mais cela pose des problèmes difficiles sur le plan de la logistique. (Il n'a pas été question dans le cadre de la présente étude d'emaniner des répercussions sur le service du coroner de la division imminente des T.N.-O. en deux territoires, un de l'est et un de l'ouest.)

Après avoir terminé son enquête sur un décès, le coroner remet un rapport. S'il faut approfondir davantage, une enquête judiciaire sur dossier a lieu et un rapport avec recommandations sont alors rendus publics. Le coroner peut aussi procéder à une enquête avec

jury qui débouche sur un verdict et des recommandations.

Enquêtes sur les décès d'enfants

Les T.N.-O. possèdent un comité multidisciplinaire d'enquête sur les décès d'enfants qui se réunit périodiquement pour examiner les décès d'enfants dont l'âge se situe entre huit jours et 16 ans; le comité se renseigne auprès des statistiques de l'état civil, du ministère de la Santé et des Services sociaux, du bureau du coroner et de la GRC. Ce comité n'a pas de mandat officiel, mais les décès sont automatiquement signalés au comité par le coroner en chef. Le coroner avise également les services d'aide à l'enfance du territoire de tout décès d'enfants mettant en cause une famille cliente. Le coroner en chef croit que le processus du comité d'examen est utile, mais estime qu'il serait avantageux que le comité puisse compter sur les services d'un coordonnateur à plein temps, afin d'assurer la continuité. À cause du petit nombre de cas à étudier, le comité se réunit seulement tous les deux mois.

L'expert-conseil en prévention de la violence envers les enfants du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. assiste aux réunions du comité d'examen des décès d'enfants à titre de représentant du surintendant de l'aide sociale à l'enfance. Des représentants de l'hôpital régional et de l'Association des infirmières diplômées des T.N.-O. assistent également aux réunions, de même que le directeur de la Santé et le coroner en chef. Si le décès est un suicide, les services de santé mentale sont avisés. Le comité ne mène pas ses propres enquêtes, mais s'appuie plutôt sur les rapports des coroners pour puiser des renseignements sur les circonstances des décès examinés. La majorité des enfants de moins de 16 ans dont le décès a été examiné ont subi une autopsie. Le comité s'efforce de déterminer si l'on a respecté les politiques pertinentes dans le cas des services qui ont été dispensés à l'enfant. Le comité a publié un bref rapport statistique, mais il est trop tôt pour en dégager des tendances. L'expert-conseil croit que de tels examens multidisciplinaires sont une excellente idée.

Équipes d'examen et processus

On trouve au tableau 1 une vue d'ensemble des équipes d'examen des décès d'enfants au Canada. Les renseignements consignés ont été tirés à la fois du questionnaire et des entrevues.

Les figures 7 à 9 montrent de la façon schématique le fonctionnement des processus d'examen des décès d'enfants qui sont actuellement en vigueur en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Nouvelle-Écosse. Le système de la Colombie-Britannique est unique dans le sens qu'il fait intervenir une commission pour faire enquête sur les décès d'enfants (en plus des autres tâches de cette commission). Le processus du Manitoba est fondé sur un comité bien établi en liaison étroite avec le système provincial d'aide à l'enfance. La caractéristique particulière du Manitoba est que le médecin légiste en chef a le mandat d'examiner les services offerts par la Direction de l'aide à l'enfance de la province et par l'Agence d'aide à l'enfance qui avait dispensé des services à l'enfant décédé et à sa famille. Il en résulte un rapport confidentiel adressé au ministre des Services à la famille. On envisage de modifier la loi pour permettre au MLC de publier les recommandations adressées au ministre des Services à la famille, dans un format ne permettant pas d'identifier les personnes en cause, dans le cadre du rapport annuel du MLC. Le processus d'examen de la Nouvelle-Écosse est en cours d'établissement et son équipe d'examen s'affaire actuellement à définir et à préciser le processus applicable aux futurs

Figure 7 : Équipe et procédures d'enquête

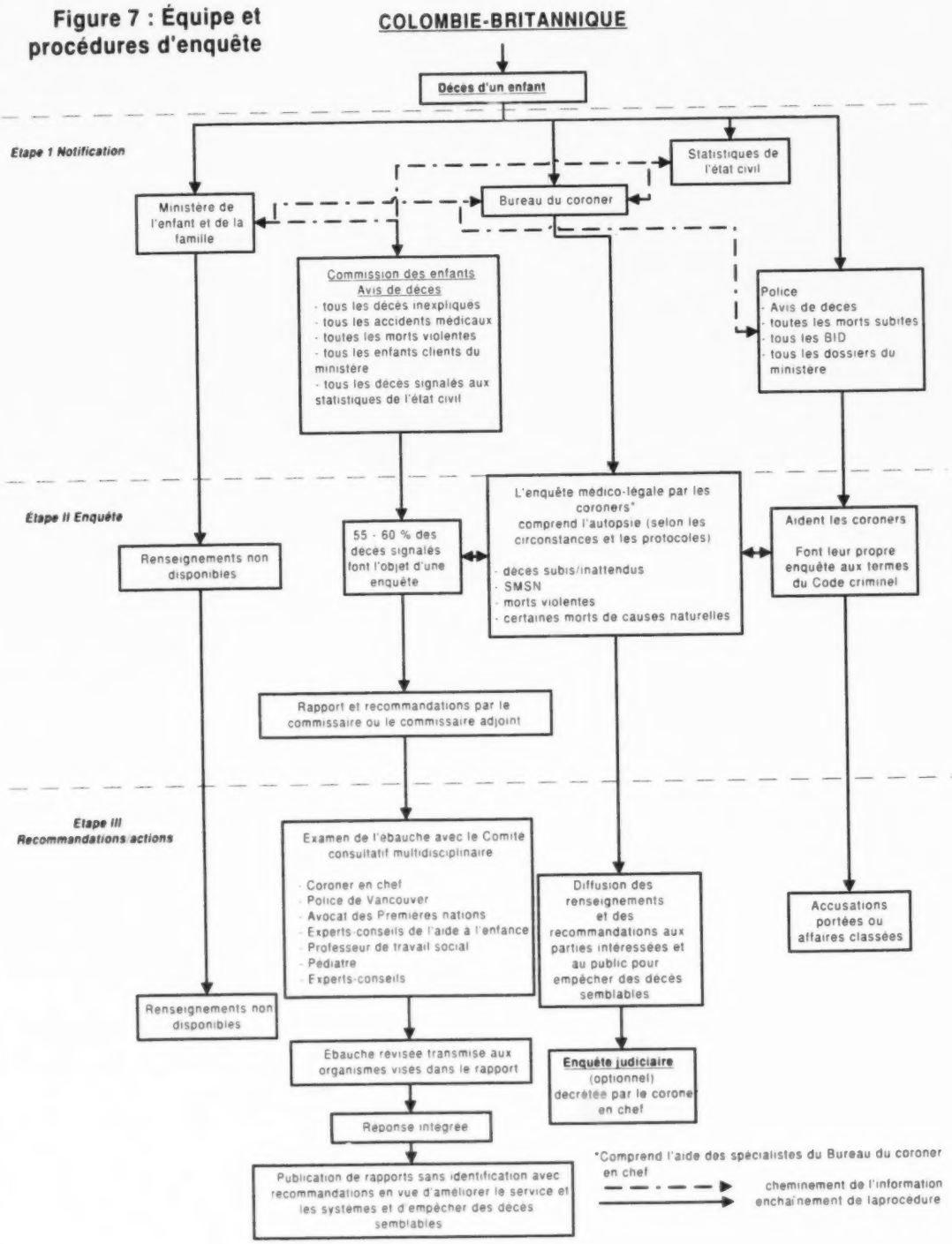


Figure 8 : Équipe et procédures d'examen

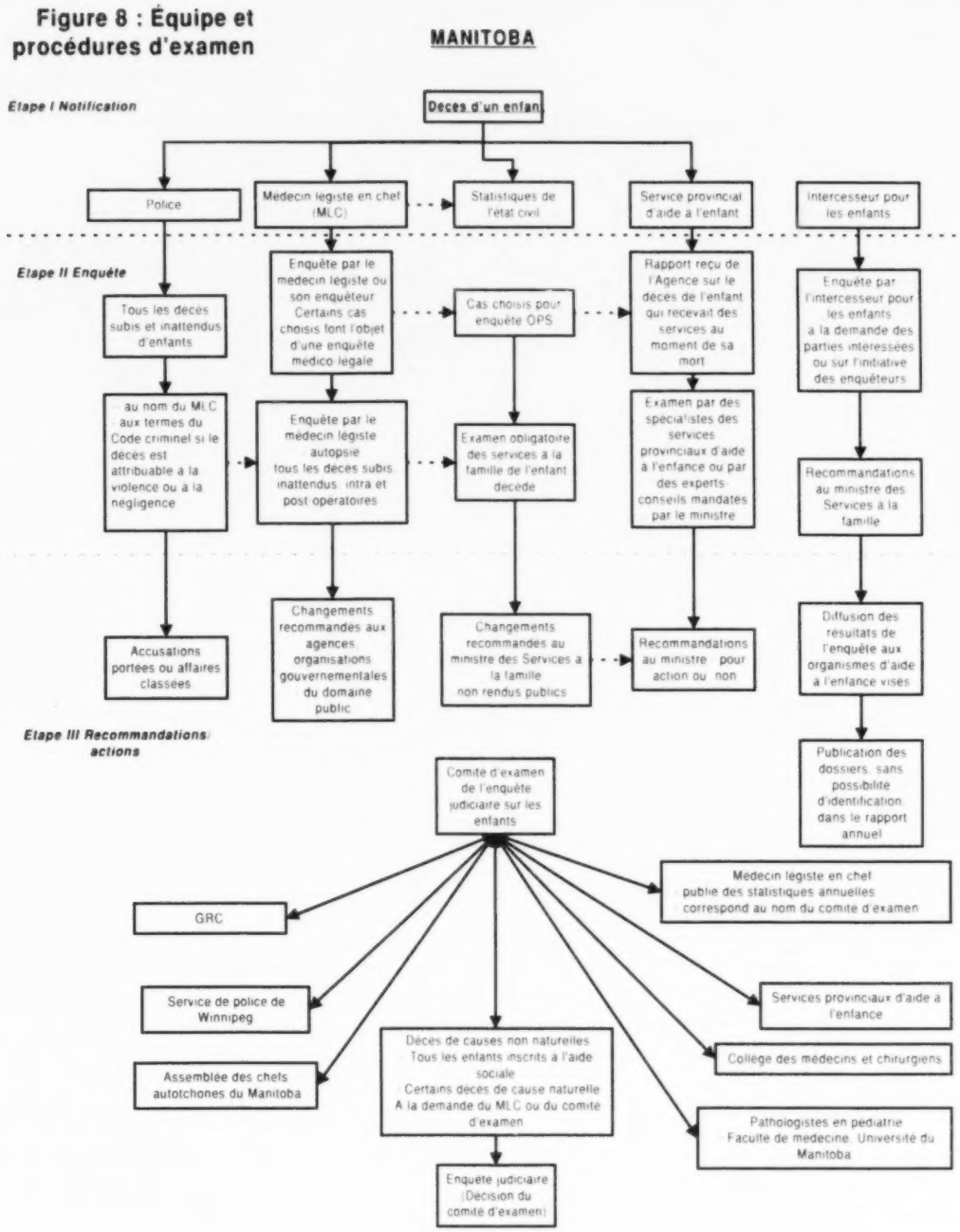


Figure 9 : Équipe d'examen et procédure

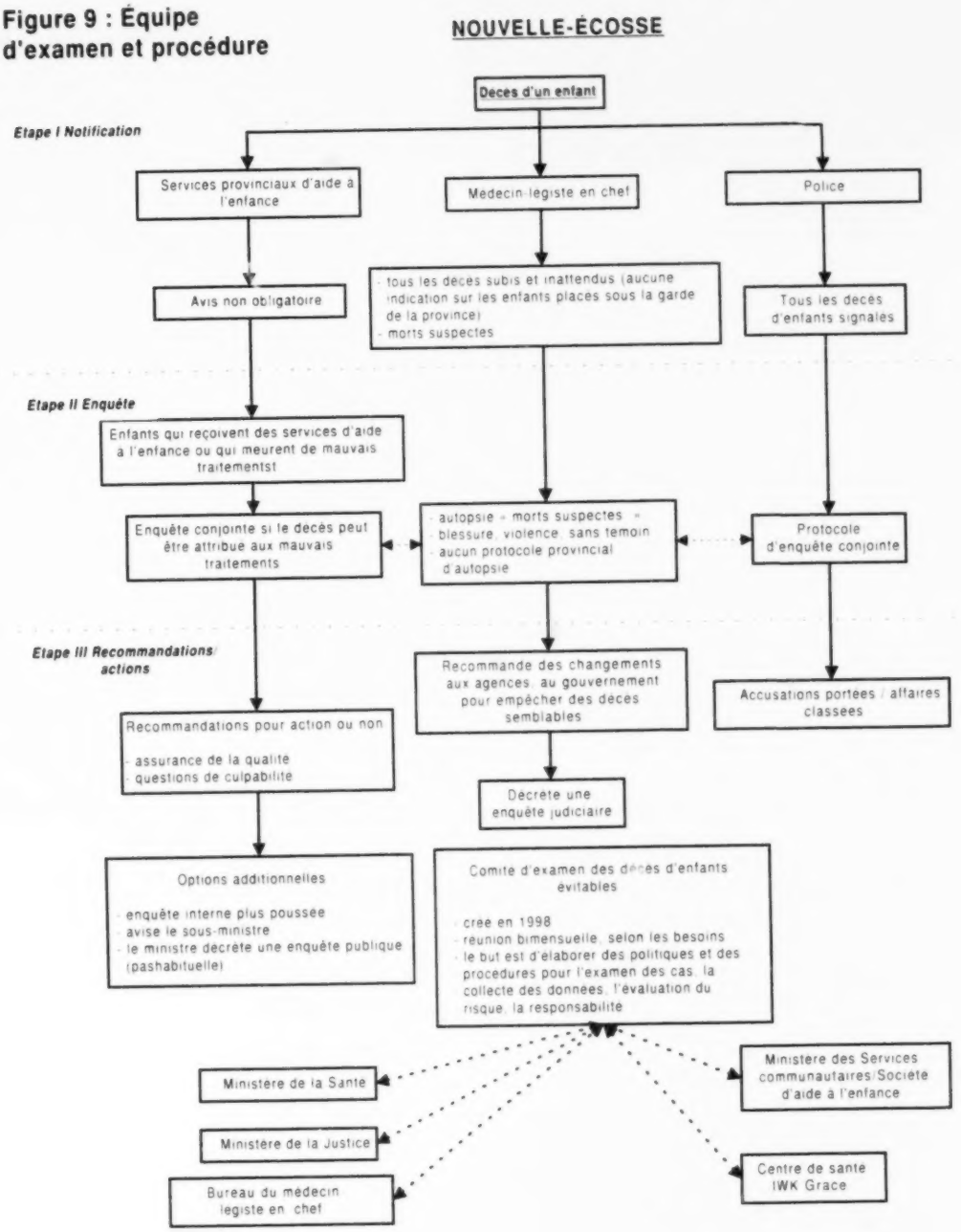
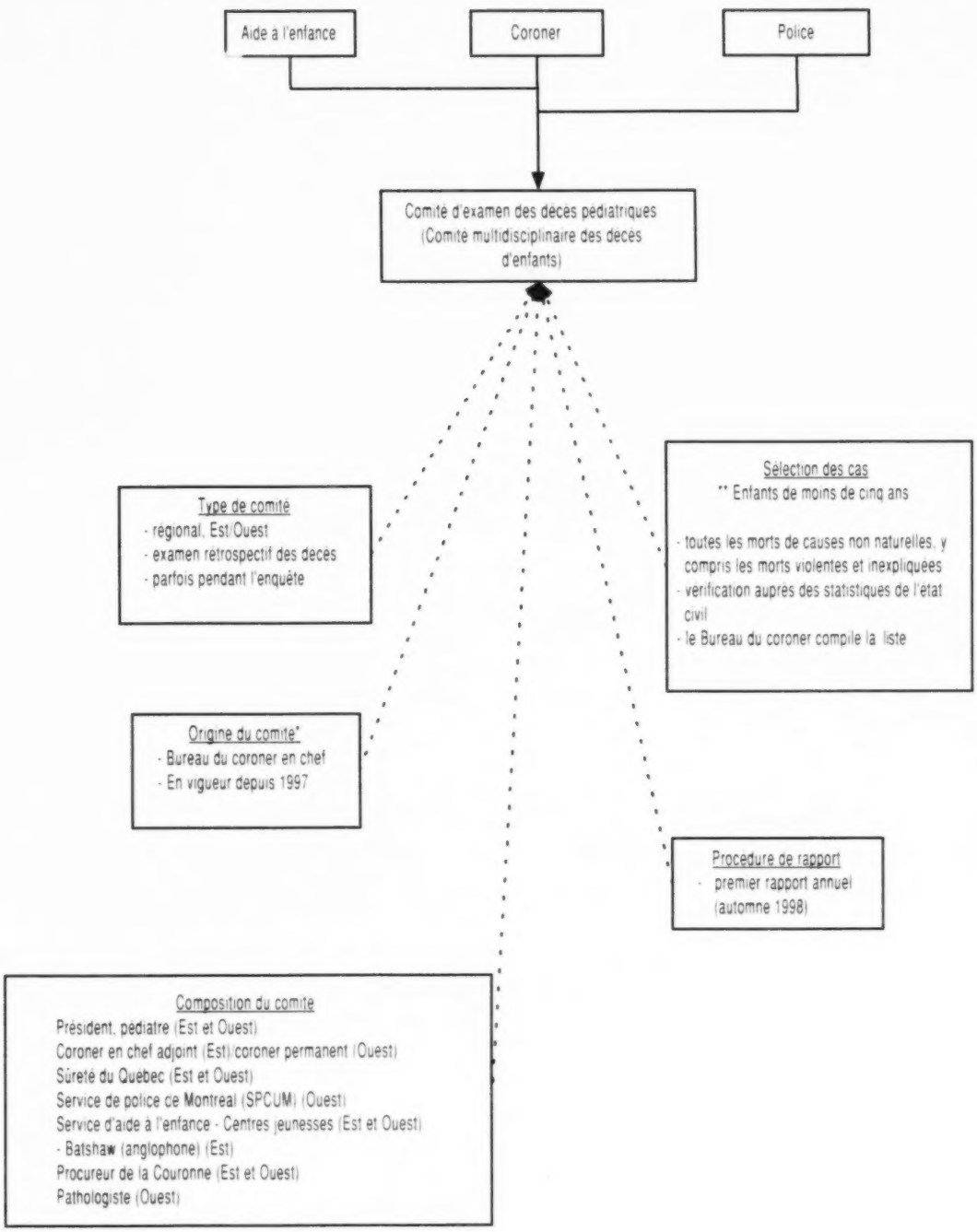


Figure 10 : Équipe d'examen et procédures

QUÉBEC



* Recommandation que le comité continue à fonctionner maintenant que la période d'essai d'un an est terminée

** Morts violentes : comprend le suicide, l'homicide, les accidents et la « négligence »

Tableau 1 **Équipes multidisciplinaires d'enquête sur des décès d'enfants au Canada**

Fonctions	C.-B	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Quebec	N.-Écosse	N. Brunswick	I.-P.-E.	T.-N.	Yukon	T.N.-O.
Enquêtes multidisciplinaires sur des décès d'enfants	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui[1]	Oui[1]	X	Non	Non	Oui
Mandat législatif régissant le processus d'enquête	Oui	s/o	Oui	Non	Non	Non	Non[2]	Non[2]	X	s/o	s/o	Non
Fonction d'enquête	Oui	s/o	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	X	s/o	s/o	Oui
Élaboration de politiques	Non	s/o	Oui [3]	Non	Non	Non	Oui [4]	Oui	X	s/o	s/o	inc.
Adhésion au service provincial/ territorial d'aide à l'enfance	Non	s/o	Oui	Oui	Non[5]	Oui	Oui	Non	X	s/o	s/o	Oui
Recommandations publiées cas par cas	Oui	s/o	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	X	s/o	s/o	Non
Recommandations publiées dans le rapport annuel	Oui	s/o	Oui	Oui	Oui	Non	Oui[6]	inc.	X	s/o	s/o	Non

[1] Constitué en 1998
[2] Mandat ministériel
[3] Comité distinct
[4] Préparation en vue d'une réunion du comité d'examen des cas
[5] Participation de l'association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario
[6] Parution éventuellee
X Sans réponse à l'heure de tombée

examens. La figure 10 illustre le fonctionnement du comité multidisciplinaire d'enquête sur les décès d'enfants du Québec, à titre d'exemple de structure régionale de comité.

VI CONCLUSIONS

Les provinces et territoires étudiés se sont montrés ouverts à l'idée de recevoir et d'échanger des renseignements sur les décès d'enfants attribuables aux mauvais traitements et à la négligence, afin de déterminer l'ampleur de ce problème d'un bout à l'autre du pays. La proposition de déployer des efforts pour établir des définitions et catégories communes et pour partager certaines données à l'échelle nationale a reçu l'appui des répondants dans tous les disciplines et dans toutes les administrations étudiés. On a laissé entendre que des réunions nationales des coroners en chef et des médecins légistes en chef pourraient constituer une sorte de tribune permettant à de telles équipes d'examen de travailler ensemble au niveau national.[8]

Les Équipes d'examen des décès d'enfants au Canada sont organisées en vue d'accomplir des fonctions différentes : servir de « chien de garde » des autres services gouvernementaux en offrant une sorte d'assurance de la qualité, ou bien servir de foyer pour des examens multidisciplinaires par des organismes et ministères gouvernementaux, soit à la conclusion d'une affaire, soit pendant qu'un décès fait l'objet d'une enquête. Ces équipes peuvent aussi recommander des changements aux politiques gouvernementales ou à la loi, selon les besoins mis au jour pendant l'examen des cas. Les équipes servent aussi de ressources aux organismes ou ministères gouvernementaux chargés de faire enquête et de réagir en cas de

décès d'enfants attribuables aux mauvais traitements. Au Canada, des équipes dotées d'un mandat officiel ainsi que des équipes ponctuelles ont été créées dans les bureaux des coroners en chef ou des médecins légistes en chef. Les répondants ont fait part de diverses préoccupations à cet égard, notamment la nécessité de faire en sorte que les équipes demeurent indépendantes par rapport aux influences de l'extérieur et leur confier un mandat afin de leur permettre d'avoir accès à tous les renseignements nécessaires pour faire un examen complet et approfondi. De plus, on estime qu'il doit y avoir un moyen de rendre publique les résultats de leurs travaux, sous forme de rapport annuel.

La capacité du Canada de soumettre tous ces cas de décès d'enfants attribuables aux mauvais traitements et à la négligence à une analyse détaillée et rétrospective est toutefois limitée par le manque de système national uniforme de codage qui permettrait la création d'une base de données renfermant tous ces cas. Le Canada n'a aucune statistique nationale sur de tels décès et il n'y a pas non plus de définition uniformisée de négligence entraînant la mort, que ce soit en droit ou en pratique. Les lois provinciales et territoriales sur l'aide à l'enfance renferment des définitions variables de la négligence (ou n'en donnent aucune définition). Si des efforts étaient faits pour garantir que les décès attribuables aux mauvais traitements puissent être isolés dans les bases de données provinciales ou territoriales, l'évaluation du risque et la prévention des futurs décès seraient renforcées par une meilleure compréhension des circonstances et des caractéristiques de ces décès.

À l'heure actuelle, les homicides d'enfants sont entrés dans la base de données des mortalités de Statistique Canada en se fondant sur les renseignements obtenus à même les certificats de décès. On croit qu'il y a donc sous-estimation de la véritable incidence des homicides d'enfants. La base de données de l'Enquête sur l'homicide du Centre canadien de statistiques judiciaires renferme seulement les homicides faisant l'objet d'une enquête en cours. Tous les services de police du Canada sont tenus de signaler les cas lorsqu'une enquête policière est mise en vigueur. (Santé Canada, 1997, p. 254) L'enquête sur l'homicide fournit plus de détails sur les circonstances du décès que la base de données sur les mortalités. En dépit de cela, l'Enquête sur l'homicide peut omettre des cas qui sont classés comme homicides par un médecin légiste, un coroner ou un médecin biologiste, dont la décision est fondée sur la probabilité médicale, dans les cas où il n'y a aucune enquête policière correspondante. Les données des coroners ou des médecins légistes d'un bout à l'autre du Canada peuvent être une riche source d'information et permettraient de faire des comparaisons entre les taux décelés par l'Enquête sur l'homicide et les taux relevés dans les données des coroners et des médecins légistes.

Une stratégie nationale sur la collecte des données demeure une nécessité, mais le processus de collecte des données serait plus efficace s'il était fondé sur un système permettant d'extraire les données des bases de données existantes.[9] Cela exigerait une entente entre les provinces et les territoires pour établir quels éléments et données sont nécessaires afin d'effectuer une analyse utile des données sur les décès attribuables aux mauvais traitements. Des définitions communes permettraient le codage uniforme des données. Les bases de données existantes pourraient être modifiées pour permettre de recueillir et de coder des renseignements indiquant, par exemple, si l'enfant était supervisé au moment de sa mort, si les dispensateurs de soins ont pris de l'alcool au cours d'une période donnée avant le décès de l'enfants, quelle était la situation

socio-économique, s'il y a eu intervention des organismes d'aide à l'enfance, etc. Le besoin de financement de la formation donnée au niveau provincial ou territorial a été mentionné comme considération dans la mise sur pied de toute base de données nationales.

L'utilisation d'un système tel la Classification internationale des maladies adaptées, version 10 (CIMA-10) soulève les problèmes associés à la « perte » de données qui ne correspondent pas aux champs appropriés. Il pourrait être possible d'établir un système qu' intégrerait les codes CIMA tout en permettant de saisir d'autres données. Par exemple, le décès d'un enfant qui est frappé par un automobile alors qu'il traversait la rue sous la garde d'un adulte est qualitativement différent du cas d'un enfant laissé constamment sans surveillance et qui est frappé par une voiture pendant qu'il traverse une rue tout seul. Aux fins de codage, la manière et la cause du décès sont les mêmes, mais les circonstances sont tout à fait différentes.

Durant les entrevues des répondants au questionnaire, les chercheurs ont demandé aux intervenants quelles étaient leurs « listes de souhaits » relativement à une base de données nationales sur les décès d'enfants. L'évaluation de l'impact de certains facteurs de risque spécifique, y compris la toxicomanie, la violence familiale et l'historique de violence envers l'enfant permettrait de compiler un profil des familles qui présentent un risque élevé de violence ou de négligence envers les enfants. (Durfee et autres, 1992) Il y aurait aussi des avantages découlant de l'identification de tendances, de la comparaison des données relevées dans les diverses régions du pays; une telle base de données serait plus qu'un simple « réceptacle de données ». Des définitions communes des termes employés et une base de données communes ont été fréquemment suggérées. La question de l'uniformisation des définitions a été fréquemment abordée dans la littérature sur l'aide à l'enfance et dénoncée comme obstacle à la collecte de données et à une comparaison utile des taux de mauvais traitements des enfants. Les États-Unis se débattent avec cette question au moment où les Américains s'efforcent d'établir des données nationales permettant d'établir les taux de violence, de mauvais traitements et de négligence envers les enfants (et de décès d'enfants). Le Canada a de meilleures possibilités de succès, étant donné le plus petit nombre d'administrations différentes : 13 provinces et territoires, au lieu de 50 États.

Une suggestion qui a été faite à plusieurs reprises est de prévoir un élément « d'expertise » – soit la consultation en ligne via Internet, soit l'accès en ligne à des archives renfermant toute la documentation publiée sur les blessures, les progrès de la criminalistique et des techniques d'enquête. Une autre demande qui a été formulée est que tout système mis sur pied soit le plus convivial possible, tout en demeurant utile, de manière qu'il soit facile d'entrer des données et d'interroger. Certains répondants voulaient en savoir plus long sur le perpétrateur, dans un effort pour comprendre le « pourquoi » des décès d'enfants consécutifs aux mauvais traitements. D'autres ont réclamé plus de détails sur la famille et les facteurs de risque les plus fréquemment constatés dans divers types de décès d'enfants.

La détection précoce des familles à risque de la violence ou de la négligence envers les enfants pouvant entraîner la mort est une impérieuse nécessité si l'on veut faire de la prévention. Des interventions multidisciplinaires peuvent faire en sorte que les enfants ne soient pas « oubliés » par les divers systèmes provinciaux, territoriaux et nationaux de services aux familles et de protection de l'enfance. La mise sur pied d'équipes d'examen des décès d'enfants permet

de comprendre les cas de décès d'enfants consécutifs aux mauvais traitements en faisant des études de cas et, tout aussi important, en établissant des relations qui permettent aux collectivités de mieux servir ces familles (Granik, 1991). Les membres de l'équipe bénéficient des renseignements recueillis pendant l'examen des décès d'enfants et aussi d'une sensibilisation et d'une éducation plus poussée pour ce qui est de la gestion des cas difficiles et de la prévention des décès d'enfants. De tels examens améliorent la collecte des données et l'assurance de la qualité dans les enquêtes sur les décès d'enfants aux niveaux local et provincial et aident à identifier de façon plus précise les facteurs de risque associés aux mauvais traitements susceptibles d'entraîner le décès d'enfants. Il est également possible de réduire le nombre de décès évitables ou « accidentels » lorsque le processus d'examen permet de diriger les efforts de prévention de manière à obtenir les résultats optimaux.

NOTES

1 Au total, 90 questionnaires ont été envoyés; après avoir éliminé certains dédoublements, il en restait 79. Quarante-six questionnaires ont été retournés.

2 La Commission des enfants de la Colombie-Britannique a été englobée dans les services des intercesseurs pour les enfants aux fins de l'analyse des données. Son mandat et ses origines uniques ont été jugés très différents de ceux des systèmes traditionnels de protection de l'enfance. Les provinces suivantes ont mis en place un intercesseur pour les enfants : Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario et Québec. La Nouvelle-Écosse aura un intercesseur pour les enfants en 1999.

3 Rapport de l'Enquête Gove sur la protection des enfants en Colombie-Britannique, 1995.

4 Rapport de l'intercesseur pour les enfants de la Saskatchewan intitulé *Child Death Review; Karen Rose Quill*, juin 1998.

5 Idem., p. 10.

6 Manuel des coroners, province du Nouveau-Brunswick, juin 1995, rubrique 1.110.

7 Comité d'examen des décès d'enfants, Mandat, ministre de la Santé et des Services communautaires, Nouveau-Brunswick, janvier 1998.

8 Nous tenons à remercier Cathie Halpenny, avocate au Bureau du coroner en chef du Québec, pour avoir suggéré que la réunion annuelle constitue le « lieu de travail » idéal pour ce groupe de travail.

9 Nous remercions Peggy Justason, analyste des politiques au Bureau du coroner en chef de la Colombie-Britannique, pour ses observations et sa lucidité dans ce dossier.

ANNEXE A

Comité consultatif du projet

Le Comité consultatif du projet d'analyse de la mortalité juvénile est un comité multidisciplinaire de professionnels qui s'occupe des enquêtes sur les décès d'enfants. Les membres en sont (en ordre alphabétique) :

M. Larry Campbell, coroner en chef, province de la Colombie-Britannique

D[r] Graeme Dowling, médecin légiste en chef, province de l'Alberta

D[r] Michael Durfee, Programme de prévention de la violence envers les enfants, Département de la santé publique, comté de Los Angeles, Californie, États-Unis

D[r] Peter Markesteyn, médecin légiste en chef, province du Manitoba (en congé sabbatique du 1[er] juillet 1998 au 30 juin 1999)

M[me] Sandy Moshenko, gestionnaire de l'accréditation, Association des sociétés d'aide à l'enfance de l'Ontario

M. Gordon Phaneuf, chef, Division de la violence envers les enfants, Bureau de santé génésique et de l'enfant, Santé Canada

M. George Savoury, directeur des Services d'aide à l'enfance, province de Nouvelle-Écosse

Bibliographie

Alberta Centre for Injury Control and Research Adresse: *http://www.inj-prev.ab.ca*

Alberta Injury Research Group Web Site. Adresse: *http://www.med.ualberta.ca/PHS/injury/overview.html*

Alberta Justice. "Fatality Review Board Appointment Announced" 22 avril 1998. http://www.gov.ab.ca/acn/199804/6128.html

Anderson, T.L., & Wells, S. (1991). *Data Collection for Child Fatalities: Existing Efforts and Proposed Guidelines.* Chicago, IL: American Bar Association and the American Academy of Pediatrics.

Babbie, Earl. (1979) *The Practice of Social Research.* Wadsworth Publishing: California.

British Columbia Children's Commission. *Reports of the Commission.* Adresse de site web: *http://www.childservices.gov.bc.ca*

British Columbia Children's Commission. *Child Fatalities Review Process.* Adresse de site web: *http://www.childservices.gov.bc.ca/work/investprocess.html*

Christianson-Wood, Janice. (1995). *A Search for Risk Factors Predicting Fatal Child Maltreatment.* Master's Thesis, Faculty of Social Work, University of Manitoba.

Durfee, M., Gellart G., & Tilton-Durfee D. (1992). *Origins and Clinical Relevance of Child Death Review Teams.* Journal of the American Medical Association, 267(23), 3172-3175.

Federal-Provincial Working Group on Child and Family Services Information (1994). *Child Welfare in Canada: The Role of Provincial and Territorial Authorities in Cases of Child Abuse.* Ottawa: Minister of Supply and Services Canada 1994.

Gove Commission (1995). *Report of the Gove Inquiry into Child Protection in British Columbia.* Victoria, BC: BC Ministry of Social Services. Web site at *http://qp.gov.bc.ca/gove/gove.html*

Granik, L.A., Durfee, M., & Wells, S.J. (1991). *Child Death Review Teams: A manual for Design and Implementation.* Chicago, IL: American Bar Association and the American Academy of Pediatrics.

Greenland, C. (1987). *Preventing CAN deaths: An International Study of Deaths Due to Child Abuse and Neglect.* London: Tavistock Publications.

Lundstrom, M.,& Sharpe, R. (1991). *Getting Away With Murder.* Public Welfare, 49(3),18-29.

Mitchell, L. (1987). Child Abuse and Neglect Fatalities: A Review of the Problem and Strategies for Reform. Chicago, IL: The National Committee for Prevention of Child Abuse.

National Center on Child Abuse Prevention Research (1992). *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1992 Annual Fifty State Survey.* Chicago, IL: National Committee for Prevention of Child Abuse and Neglect.

Ontario Child Mortality Task Force (1997). *Final Report*. Toronto, ON: Ontario Association of Children's Aid Societies & Office of the Chief Coroner of Ontario.

Phaneuf, Gordon. (1998) *National Incidence Study on Child Abuse and Neglect*. Canadian Medical Association Journal on-line, 8 septembre 1998 (http:www.cma.ca/vol-159/issue-5/0446a.htm)

Reid, G. and Sigurdson, E. et al. (1987) *External Review into Matters Relating to the System of Dealing with Child abuse in Winnipeg*. Government of Manitoba, Department of Community Services, Winnipeg, MB.

Robertshaw, C. 1981. Child Protection in Canada. Government of Canada. Health and Welfare Canada. Ottawa: Minister of Supply and Services.

Santé Canada. *http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/childhood-youth/cyfh/factsheets/factsheets.htm*

Santé Canada. (1997). *Pour la sécurité des jeunes canadiens: des données statistiques aux mesures préventives*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Cat No. H39-412/1997F

Santé Canada (1998). *L'étude d'incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants*. http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/brch/indexf.html

Sedlack, A.J. & Broadhurst D.D (1996) *Third National Incidence Study on Child Abuse*. US Dept of Health and Human Services Administration on Children, Youth and Families, National Center on Child Abuse and Neglect. Web site at *www.casnet.org/library/abuse/stabuse.html*

Texas Child Fatality Review Team (1995). *Annual Report*. TX: Texas Department of Health.

U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect (1995). *A nation's shame. Fifth report of the United States' Advisory Board on Child Abuse and Neglect*. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services.

erica's
handprint
.design